

M.-A. Raetzo

Dr Marc-André Raetzo
Groupe médical d'Onex
Route de Loëx 3
1213 Onex
raetzo@gmo.ch

Rev Med Suisse 2015; 11: 1624-5

Tout le monde s'accorde à dire que les maladies chroniques représentent le défi de demain pour notre système de santé. Pour améliorer la prise en charge de ces affections, on considère souvent le *disease management*. Tout le monde s'y met.

Delta a lancé par exemple un programme pour l'insuffisance cardiaque. Ces patients, lorsqu'ils sont hospitalisés, devront retourner à l'hôpital une fois sur trois dans l'année qui suit. Il est établi que des programmes permettent d'éviter la majeure partie de ces hospitalisations. La recette est très simple : les patients doivent se peser régulièrement, savoir quoi faire lorsque le poids augmente rapidement, faire attention au sel dans leur alimentation et bouger régulièrement.

On a donc trouvé un moyen d'identifier tous les patients hospitalisés pour cette affection, une infirmière clinicienne a pris contact avec eux pendant leur séjour et a organisé la réconciliation thérapeutique à la sortie, avec un rendez-vous programmé chez le médecin traitant qui disposait de toutes les informations du séjour. Par la suite, la même infirmière s'est rendue au domicile des patients pour vérifier que ces éléments simples soient bien suivis.

Magnifique... Pourtant, c'est un échec, l'expérience est abandonnée.

Dans le canton de Vaud, une étude a montré que les diabétiques ne recevaient pas toujours les soins nécessaires. Le département a créé une institution, Diabaide, qui offre les services d'une organisation spécialisée pour ces patients. Malgré beaucoup d'efforts par des gens très qualifiés, très peu de patients utilisent ces services.¹

Les assurances ont créé des départements de *case management* et de *care*

1 Rapport diabaide www.philippe-schaller.ch/pdf/publication_3.pdf

2 Fortin M, Stewart M, et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: Toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 2012;10:142-51.

3 Van Den Akker M. How common is multi morbidity. *ABC of Multimorbidity* 2014.

Disease management, idée d'autrefois ?

management, elles se plaignent du manque d'intérêt des médecins.

Le patient complexe: des compromis multiples

Comment comprendre ces difficultés ?

Il faut s'intéresser à ce que sont ces patients porteurs de maladies chroniques.

La littérature montre que 60-90% des patients de plus de 70 ans suivis par des médecins généralistes souffrent de plusieurs maladies chroniques.^{2,3} Or les guides de pratique pour chacune de ces affections ont été établis sur des études qui ont systématiquement exclu les personnes qui souffraient d'autres maladies. En un mot, il n'existe que peu ou pas de données scientifiques pour ces patients polymorbides. On est donc très souvent obligé de faire des *compromis au niveau scientifique*.

Par ailleurs, la plupart de ces patients polymorbides sont des patients complexes, avec des difficultés psychosociales importantes. Ceci impose également d'*adapter les propositions thérapeutiques*. Finalement, ces patients ont des valeurs personnelles, *dont il faudrait absolument tenir compte*.

Une équipe autour du patient

On voit donc que la prise en charge de ces patients impose une coordination de tous les intervenants pour établir des objectifs qui tiennent compte de tous ces éléments. L'intrusion d'une institution ou d'un programme dans ce contexte est vécue comme l'arrivée d'un chien dans un jeu de quilles. C'est probablement ce qui explique la faillite des approches orientées «maladie» ou 'institution', alors qu'il faut établir des objectifs au cas par cas, de manière personnalisée, en impliquant toute l'équipe soignante. Au lieu de mettre des institutions ou des professions autour du patient, il faut construire une équipe. Pour que cette équipe soit performante, il faut des moyens pour se rencontrer et pour communiquer, mais aussi de la confiance, de la continuité, de la flexibilité, du leadership et du respect pour les rôles de chacun.

L'importance du médecin traitant

D'une manière générale, actuellement, cette équipe se construit autour du patient

et du médecin traitant, car les patients deviennent des patients complexes progressivement, souvent après de longues années de relation médecin-malade. Lorsque le médecin a besoin d'aide extérieure, il affronte de nombreuses difficultés. Il doit trouver un moyen de réunir les proches du patient, il doit négocier avec les différentes institutions qui fournissent les services indispensables, il n'est pas payé lorsqu'il s'inquiète de ce que devient son patient à l'hôpital. On est loin de l'idée d'une équipe.

Les services publics pourraient construire une équipe en fournissant tous les éléments de la prise en charge : médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciennes, services sociaux. Pour ceci, il faudrait qu'ils puissent compter sur de très nombreux médecins de premier recours expérimentés, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il faudrait aussi qu'ils réussissent à éviter le piège des silos professionnels et institutionnels. Il faudrait enfin demander au patient de quitter son médecin traitant.

L'équipe et les flux financiers

Les «medical homes» aux Etats-Unis sont construites pour prendre en charge une population donnée. Au lieu de financer des institutions d'un côté et des médecins de l'autre, on finance directement une équipe autour du patient. Cité Générations à Onex est un projet de ce type qui réunit sous le même toit tous les intervenants avec la possibilité d'hospitalisations temporaires. La difficulté réside encore dans le fait que chaque institution qui participe a gardé son identité. Pour être performant, cette idée nécessite probablement la fusion des financements et une gouvernance unique. On pourrait imaginer un projet pilote autour de ces deux éléments.

Si l'on accepte l'hétérogénéité et la fragmentation de notre système de santé, on devra s'appuyer sur les médecins de premier recours en pratique. Il faut alors trouver un moyen de promouvoir et de soutenir une équipe stable autour de chaque patient. Ceci ne sera possible que si chaque profession et institution abandonnent une partie de son pouvoir, et que les flux financiers actuels sont modifiés. Il faut trouver un financement pour le travail de coordination et de construction de l'équipe, il faut un soutien admi-



nistratif pour organiser les rencontres et l'échange d'informations.

Des projets en cours

Le projet InterMed à la Chaux-de-Fonds étudie la faisabilité et les plus-values de l'intervention d'une IPA (infirmière en pratique avancée) travaillant en étroite collaboration avec le médecin généraliste auprès de sa patientèle en situation complexe dans le but de transformer le réseau de soins informel existant en équipe thérapeutique.

Un projet impliquant tous les partenaires,

assurances, institutions publiques et privées pourrait démarrer prochainement à Genève. L'idée est de trouver un moyen de détecter les patients complexes, d'organiser et de financer une réunion de coordination avec tous les intervenants, d'avoir une équipe stable autour de chaque patient et un système d'échange d'informations pratique et confidentiel. Le projet MonDossierMedical.ch à Genève est en train de finaliser une option de son programme qui permet de construire un plan de soins partagé mis automatiquement à jour sur les logiciels des

différents intervenants, le tout de manière parfaitement éthique et confidentielle.

Tous ces projets vont certainement dans le sens de l'efficacité et du respect des valeurs du patient, mais remettent en question l'indépendance de la plupart des intervenants de notre système de santé. On peut s'attendre à de très nombreuses résistances, mais c'est une innovation incontournable face aux défis que représentent l'augmentation des maladies chroniques et les difficultés budgétaires. Nous n'avons probablement pas le choix. ■