

Entretien avec le Docteur Philippe Luchsinger, médecin de famille et président de mfe, et Marianne Pfister, directrice de l'Aide et soins à domicile Suisse

Médecine de famille et Aide et soins à domicile: une équipe solide qui a de l'avenir

L'entretien a été réalisé par: Sandra Hügli^a, Kathrin Morf^b

^a Kommunikationsbeauftragte mfe; ^b Responsable de la rédaction du «Magazine Aide et soins à domicile»

La demande de prestations ambulatoires est croissante, tandis que le manque de personnel est un défi pour l'Aide et soins à domicile (ASD) et les médecins de famille. Comment «l'équipe médecins de famille/ASD» peut-elle continuer à garantir des soins ambulatoires de haute qualité dans ce contexte? Marianne Pfister, directrice de l'Aide et soins à domicile Suisse, et Philippe Luchsinger, président de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, discutent de ces questions ainsi que d'autres sujets.

¹ Pour des raisons de lisibilité, l'entretien n'utilise parfois que la forme masculine ou féminine de patient ou patiente, client ou cliente etc.; cela inclut toutefois toujours les deux formes.

Dans un communiqué de presse en commun, l'ASD et mfe ont déclaré en 2017 qu'une meilleure collaboration des prestataires était nécessaire afin de surmonter la forte augmentation des prestations ambulatoires de soins et de médecine. Pourquoi est-il particulièrement essentiel que les médecins de famille¹ forment une équipe avec l'ASD?

Philippe Luchsinger (PL): L'équipe médecins de famille/ASD est nécessaire car ce sont les mêmes patientes et patients qui ont besoin de nous. Dans les soins, l'ASD dispose tout comme les médecins de famille de compétences essentielles, et ces compétences se recoupent de plus en plus. La politique doit désormais s'assurer que les conditions soient réunies pour que nous puissions bien faire notre travail en commun.

Marianne Pfister (MP): Pour que les personnes puissent vivre à leur domicile malgré la maladie ou le handicap, il faut un médecin de famille et des spécialistes de l'ASD. L'ASD complète bien le médecin de famille car elle voit régulièrement ses clients et perçoit donc les éventuels changements qui peuvent échapper au médecin de famille. Médecins de famille et ASD forment un tandem essentiel qui, avec le précepte «ambulatoire avant stationnaire», ne cesse de gagner en importance.

PL: Ce précepte «ambulatoire avant stationnaire», nous le vivons actuellement également vis-à-vis de la tendance selon laquelle les personnes ne souhaitent plus aller dans une maison de retraite ou une résidence

médicalisée. La pandémie de Covid-19 a encore renforcé cette tendance, et même les personnes très dépendantes de soins souhaitent rester plus longtemps à la maison. Cela est très exigeant pour les médecins et les soignants.

MP: La demande croissante de prestations ambulatoires a pour conséquence que de plus en plus de prestataires s'y intéressent, et notamment les hôpitaux.

Différents hôpitaux développent actuellement des offres ambulatoires, notamment autour de «Hospital at Home» à Zurich. Que signifie leur empiètement sur le domaine ambulatoire?

MP: Je préfère le terme «Patient at Home». Ce modèle n'est pas nouveau et il est appliqué et développé depuis longtemps avec succès par l'équipe médecins de famille/ASD.

«Pour que les personnes puissent vivre à leur domicile malgré la maladie ou le handicap, il faut un médecin de famille et des spécialistes de l'ASD.»
– Marianne Pfister

PL: Les hôpitaux remarqueront que les soins à domicile sont plus complexes et plus difficiles qu'ils ne l'imaginent. Le travail global des soins de santé à domicile révèle l'avantage de l'équipe médecins de famille/ASD: nous essayons de penser au système dans son en-

mfe
Haus- und Kinderärztin Schweiz
Médecine de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Responsabilité
rédactionnelle:
Sandra Hügli-Jost, mfe

Les personnes

Marianne Pfister a une formation d'infirmière diplômée en psychiatrie, elle a suivi des études de droit ainsi que des études postdiplôme en Master of Health Administration (MHA). Précédemment, elle a notamment travaillé pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Depuis 2015, elle est directrice d'Aide et soins à domicile Suisse.

Dr méd. Philippe Luchsinger est spécialiste en médecine interne générale FMH. Depuis 1988, il est médecin de famille à Affoltern am Albis (ZH) dans son propre cabinet, initialement seul et aujourd'hui au sein d'une plus grande équipe. Il est président de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse depuis 2016.



semble, et de trouver des solutions pour le système dans son ensemble.

MP: Contrairement à l'hôpital, un patient en contexte ambulatoire est autonome la majeure partie de la journée, et les prestataires doivent en tenir compte. Le concept «Hospital at Home» existe depuis longtemps avec succès et il est important que les hôpitaux collaborent avec nous dans de tels modèles.

PL: Jusqu'à présent, je n'ai encore jamais entendu parler de cas dans lesquels les hôpitaux nous ont inclus dans leurs plans. Etant donné que les prestations stationnaires sont de moins en moins nombreuses, ils tentent en recours de vendre aux assureurs un modèle existant sous un nouveau nom.

Auparavant, le médecin avait autorité, et les soignants suivaient ses indications. En 2017, vous, Philippe Luchsinger, avez pris position sur le sujet et avez déclaré que dans la collaboration avec l'ASD, le médecin ne devait plus «toujours être le chef». Comment s'articule une coopération idéale entre les médecins de famille et l'ASD?

MP: Je considère les soins intégrés comme une culture à vivre au quotidien. Cette culture implique que tous

les prestataires ambulatoires assurent ensemble leur rôle de «Gatekeeper»: lorsqu'un patient vient à eux, ils analysent les prestations dont il a besoin et qui a les meilleures compétences pour celles-ci.

PL: Par chance, en ce qui concerne cette culture des soins intégrés, une mutation s'est opérée: on ne travaille plus de façon aussi hiérarchique qu'auparavant. Dans la collaboration d'égal à égal, je me vois comme un informateur indiquant à l'ASD ce que je peux rapporter à propos du patient d'un point de vue médical. L'ASD détermine alors ce dont le patient a besoin en matière de soins et déploie de vastes compétences.

MP: Nous sommes en bonne voie, mais un changement de culture demande du temps et les bonnes conditions cadres. L'ASD et mfe ont co-rédigé en 2017 le guide «Facteurs de succès pour la mise sur pied de modèles de soins intégrés»[1]. Celui-ci a révélé de façon saisissante que des facteurs très complexes sont requis pour le fonctionnement d'une culture des soins intégrés.

Il semble néanmoins que toutes les parties n'aient pas la volonté de coopérer. Les vieilles conceptions et l'esprit de clocher des différents prestataires ont visiblement la vie dure.

PL: Pour que les soins intégrés fonctionnent, il faut que les facteurs externes comme internes concordent. Chaque groupe professionnel et chaque spécialiste doit se voir comme une partie de l'équipe interprofessionnelle. C'est ce à quoi travaillent l'ASD et les médecins de famille – mais aussi de nombreuses autres professions comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les nutritionnistes. Et le patient doit également être intégré à l'équipe dans le sens du «Shared Decision Making».

«Chaque groupe professionnel et chaque spécialiste doit se voir comme une partie de l'équipe interprofessionnelle. C'est ce à quoi travaillent l'ASD et les médecins de famille.»

– Philippe Luchsinger

MP: Les compétences des clientes et clients doivent aussi être prises en compte dans les soins. Certains ne s'en sortent par exemple pas tout seuls dans un système de santé de plus en plus complexe et ont besoin de nombreuses prestations de coordination.

L'image peut-elle être en cause dans le fait que l'ASD et les médecins de famille doivent parfois se battre pour le financement de leurs prestations?

PL: Au cours des 30 dernières années, l'image de la profession de médecin de famille s'est grandement améliorée, et l'émancipation vis-à-vis du travail adminis-

tratif a entraîné une meilleure valorisation dans tout le corps médical. Pour les gens, nous avons toujours été une valeur sûre dans les soins de santé, et nous, les médecins de famille, jouissons d'une grande crédibilité au sein de la population.

MP: Le domaine des soins a également connu une évolution et ses compétences jouissent d'une plus grande acceptation de la part des prestataires et des médecins

«Nous, médecins de famille, nous engageons également pour l'interprofessionnalité car nous nous dirigeons vers un manque de personnel qualifié.»
– Philippe Luchsinger

de famille qu'auparavant. Malgré la bonne réputation de l'ASD au sein de la population, elle a encore à faire en matière d'image: une grande partie de la population ne connaît pas l'étendue et le caractère professionnel de l'offre actuelle de l'ASD. La communication et le travail politique sont donc des éléments centraux.

Actuellement, la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers s'accélère, pour une plus grande autonomie du personnel soignant. N'est-ce pas dérangeant pour les médecins de famille que l'ASD ait à l'avenir moins besoin de prescriptions médicales?

PL: Non, pas du tout. Nous, médecins de famille, nous engageons également pour l'interprofessionnalité car nous nous dirigeons vers un manque de personnel qualifié. Nous devons réfléchir et anticiper la façon dont nous pouvons répartir le travail pour apporter des soins à toutes les personnes malades et handicapées. A l'avenir, des spécialistes pourraient par exemple assumer des tâches qu'ils ne peuvent pas assumer d'après les profils professionnels actuels.
MP: L'ASD n'aurait en réalité pas besoin de prescription médicale dans la coordination et le conseil ainsi que pour les prestations de soins de base, à la différence des soins de traitement. Si nous voulons lutter contre le manque de personnel qualifié et renforcer l'attractivité du métier de soignant, il ne faut pas réduire davantage l'autonomie des soignants.

Le modèle de soins Advanced Practice Nurse (APN) pourrait-il être une solution en Suisse et un modèle d'avenir?

MP: Je considère l'engagement d'infirmières de pratique avancée APN comme un bon exemple pour optimiser les jonctions entre les prestataires. Il est difficilement possible de faire des déclarations générales quant aux tâches que doit assumer l'ASD, à celles que doit prendre en charge le médecin, et à celles qui

doivent être réalisées conjointement. La culture des soins intégrés demande des décisions communes sur la répartition respective des tâches.

PL: Les APN sont une réponse possible à la future répartition du travail. L'essentiel est que le travail de tous les groupes professionnels s'imbrique bien. Les jonctions entre les domaines communs doivent être fluides et ne pas interrompre les soins. Il vaudrait mieux donc utiliser le terme «jonctions» plutôt que «interfaces».

Dans le secteur de la santé, on parle souvent de capteurs et d'échange de données numérique. Comment est-ce que la numérisation et la technologie ont modifié la coopération entre l'ASD et les médecins de famille?

MP: La numérisation nous offre toujours plus de possibilités pour communiquer avec les différents acteurs. Ces technologies vont également nous aider à réaliser plus rapidement les tâches jusqu'à présent chronophages, par exemple grâce à la surveillance des paramètres vitaux à distance grâce à des capteurs.

PL: Cependant, ces moyens auxiliaires ne nous remplaceront jamais, mais ils peuvent simplifier notre travail. Les entretiens avec un patient en visiophonie dans le domaine des soins psychiatrique ambulatoires en forte croissance apportent par exemple un bon complément aux entretiens en personne.

«La sécurité des patients est particulièrement menacée au niveau des jonctions.»

– Marianne Pfister

L'échange de données de patients constitue actuellement un grand défi pour les soins intégrés. Ce qui compte, c'est un échange en douceur, en particulier en ce qui concerne la médication. Que revendiquez-vous ici?

MP: La sécurité des patients est particulièrement menacée au niveau des jonctions. Il arrive qu'une patiente se voie prescrire des médicaments à l'hôpital, chez le médecin de famille ou chez le psychiatre et que l'ASD soit contrainte de reprendre contact avec chaque médecin pour savoir quels médicaments la cliente doit prendre. L'utilisation de systèmes numériques communs serait ici très utile.

PL: Selon moi, les coopérations fonctionnent au mieux lorsque tous les prestataires impliqués se retrouvent sous le même toit et travaillent avec le même système numérique et un dossier patient commun. Tous les prestataires ambulatoires devraient avoir une telle pla-

teforme, à laquelle dans l'idéal les hôpitaux auraient aussi accès. Nous, médecins de famille, attirons depuis dix ans l'attention sur le fait que la Suisse a besoin d'un système standardisé pour les échanges entre les prestataires, afin d'éviter que chaque cabinet ait à s'organiser seul. C'est pour moi un des principaux objectifs dans le système de santé.

L'EFAS pour les soins permettrait au patient de recevoir les soins là où ils lui sont le plus bénéfiques, et non là où l'incitation financière est la plus importante.»
– Marianne Pfister

Ce système uniforme doit-il être mis à disposition par la Confédération ou bien des solutions privées sont-elles envisageables?

PL: A l'étranger, il existe des systèmes avec lesquels cela fonctionne très bien, et ceux-ci sont tous nationaux. Les solutions privées existantes ne sont pas capables de le garantir. Le dossier électronique du patient (DEP) ne sera lui non plus jamais en mesure de faire office de plateforme numérique pour la communication interprofessionnelle.

MP: Nous ne pouvons pas attendre les bras croisés que le système demandé arrive; nous pouvons dès à présent nous mettre au travail pour un système commun relatif à la thématique centrale de la sécurité des patients. Nous avons besoin de projets taillés à la mesure de toute la chaîne des soins.

PL: Il nous faudrait également miser sur des cercles de qualité interprofessionnels, qui aujourd'hui ne sont que rarement rémunérés et sont donc très rares. Il faudrait un nouveau système de financement qui favorise également les cercles de qualité dans lesquels sont représentés les médecins de famille et l'ASD.

Parlons d'un autre sujet central du financement du travail interprofessionnel: actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées différemment. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) pourrait-il un jour simplifier la coopération entre les médecins de famille et l'ASD.

PL: C'est avant tout dans les cas complexes qu'il semble être moins cher pour les assureurs que le patient reçoive des soins stationnaires plutôt qu'à son domicile. C'est choquant quand on sait que le traitement des patients à domicile est toujours le moins cher pour le système global.

MP: Du point de vue de l'ASD, l'EFAS pourrait apporter une solution si les soins sont compris. En effet, pour les

assureurs, cela ne représenterait plus un surcroît d'attractivité de transférer un patient à l'hôpital plutôt que de le faire soigner à domicile par l'ASD. L'EFAS pour les soins permettrait au patient de recevoir les soins là où ils lui sont le plus bénéfiques, et non là où l'incitation financière est la plus importante.

Quelle sera l'utilité des hôpitaux plus chers à l'avenir compte tenu du fait que les prestataires ambulatoires prennent en charge des cas de plus en plus complexes?

MP: Nous aurons toujours besoin des hôpitaux, mais en premier lieu en tant que centres pour la réalisation de tâches médico-techniques complexes, et avec des durées de séjour bien plus courtes des patients.

PL: Les hôpitaux sont très onéreux du fait de leur infrastructure et de leur personnel. Plutôt que de faire la promotion des hôpitaux, il faut regarder dans quel cas cette offre onéreuse est vraiment nécessaire, et où le domaine ambulatoire est plus approprié.

Pourriez-vous nous résumer en bref ce qui doit changer pour que «l'équipe médecins de famille/ASD» mentionnée au début puisse à l'avenir déployer tout son potentiel positif?

PL: Il faut la reconnaissance de l'effort du travail interprofessionnel et il faut une base commune réglementée pour tous les prestataires pour le travail interprofessionnel.

«Il faut la reconnaissance de l'effort du travail interprofessionnel et il faut une base commune réglementée pour tous les prestataires pour le travail interprofessionnel.»

– Philippe Luchsinger

MP: Cette base doit par exemple comprendre des instruments uniformes pour la communication et l'échange de données entre les prestataires. Par ailleurs, les prestations de soins médicaux, de soins infirmiers et d'accompagnement adaptées aux besoins de toutes les personnes doivent être financées de façon appropriée.

PL: Ce n'est que lorsque toutes ces exigences seront remplies que nous serons en mesure de continuer à garantir qualité et sécurité à l'ensemble de nos patientes et patients.

Référence

- Kündig J, Hametner C, Höchli D, Kirschner M, Luchsinger P, Wiesli R, et al. Leitfaden «Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle». https://www.spitex.ch/files/M8YBZYB/2021_05_31_broschuere_integrierte_versorgung_de.pdf