Attitude réseau

Fribourg, le 15 septembre 2016



Auteur des notes: Camille-Angelo Aglione (Secrétaire romand des EMS, membre du Comité de REISO)

Le contenu de ce document n’engage que son auteur et en aucun cas les personnes et les institutions citées.

Programme du congrès

### Figurent dans ce document

Résultats du sondage auprès des professionnels sur l’état du réseau médico-social fribourgeois 2

Les indicateurs statistiques du réseau, les différences entre cantons et le rôle des structures intermédiaires 4

Présentation des projets en lice pour le prix « Attitude réseau » 5

Table ronde : Le point sur les journées d’hospitalisation inappropriées dans le canton 7

Comment utiliser les réseaux sociaux pour mieux communiquer et faire connaître son institution ? 11

Le rôle du médecin généraliste dans le réseau des soins à domicile et des EMS : échanges croisés 13

Comment garantir une bonne continuité des soins dans le réseau ? 16

Conclusions de la Conseillère d’Etat 18

### Ne figurent pas dans ce document

L’équipe mobile de soins palliatifs : exemple d’une bonne coordination

Les réseaux de soins intégrés en Suisse : compte rendu des réseaux existants et présentation d’un modèle urbain

Un exemple de la mise en réseau des compétences : la psychiatrie de liaison

L’organe de coordination gruérien : un exemple de mise en réseau

Tendances et scénarios d’évolution des soins intégrés en Suisse

Le modèle neuchâtelois de coordination et de proximité

L’expérience de la mise en réseau des infirmiers coordinateurs du HIB

Table ronde : Quel devenir des courts-séjours, UATO et des séjours d’attentes de placement dans le canton ?

E-Health et les défis à venir : présentation du cadre légal et des projets en cours dans les cantons

Le « flexi-EMS » : centre de soins, d’attente de placement, de retour à domicile et/ou d’accueil le week-end

Comment et pourquoi développer une politique de la vieillesse de proximité ?

Table ronde : Quel pilotage des services de proximité ?

**Le programme complet de la journée :**

<http://www.heds-fr.ch/FR/recherche-developpement/Documents/Journ%C3%A9e%20AFIPA_2016-09-15.pdf>

Attitude réseau : résultat d’un sondage auprès des professionnels

Sandrine Pihet, HEdS-FR

Sondage réalisé une première fois en 2007 et répété en 2016. 104 personnes ont participé, la majorité sont des professionnels du milieu des EMS.

## Fonctionnement du réseau et de son utilité

En 2007, la moitié des répondants estimaient qu’il ne fonctionnait qu’en partie, le second sondage démontre que la situation s’est améliorée (40%). Un certain nombre de manques dans le réseau ont été mentionnées, notamment un besoin de soutien pour les familles. Un besoin de prestations spécifiques, notamment des soins à domicile de nuit. Le besoin d’un organe de coordination et le souci d’avoir une vision et une stratégie globale

## Coordination

L’insatisfaction était à ce sujet beaucoup plus forte en 2007 qu’en 2016. Les problèmes restant concernent notamment le manque d’information dans la transmission, par exemple à la sortie de l’hôpital. Des critères et des objectifs institutionnels qui ne sont pas forcément compatibles et pas toujours orientés patient. Les lacunes dans la transition sont également relevés, les EMS se plaignant des entrées en urgence, à l’inverse des hôpitaux qui se plaignent du temps qu’il faut pour trouver une place en EMS.

## Information et orientation du patient

Les résultats s’améliorent également. Les conséquences identifiées par les professionnels suite à ces dysfonctionnements sont essentiellement liés à l’augmentation des coûts, une utilisation inappropriée des prestations et un affaiblissement du réseau informel.

## Autres aspects

Concernant la fréquence des collaborations dans le réseau, elle est journalière pour un tiers des répondants et hebdomadaire pour un autre tiers. Les actions réseau les plus menées sont essentiellement (70%) des entretiens réseau et l’orientation du patient vers la structure adéquate (60%).

Nous avons demandé s’il y avait un modèle de collaboration qui pouvait être pris comme exemple, le modèle de la Gruyère est celui qui a été le plus souvent cité. Les collaborations entre le RFSM/HFR et les soins à domicile ont également été citées plusieurs fois, de même que le projet Voltigo (soins palliatifs).

Les obstacles relevés par les participants à la réalisation de l’attitude réseau ont été essentiellement la méconnaissance du réseau, les finances et le temps. D’autres facteurs (missions restreinte, institution figées) ont également été cités à la marge.

Des propositions d’amélioration ont également été évoquées, notamment le renforcement des ressources ; un élargissement des prestations ; la formation des professionnels et l’organisation d’événements communs (à l’instar de celui-ci). Un moyen de communication généralisé (type dossier électronique du patient) a également été évoqué.

Concernant la collaboration avec les proches, leur disponibilité, le risque d’épuisement, les attentes élevées et le manque d’information ont été évoqués.

En résumé : le réseau médico-social fribourgeois fonctionne bien mieux qu’en 2007. Les structures de coordination et de liaison sont appréciées, mais des outils de coordination supplémentaires sont souhaités, de même qu’une vision globale et des organes dédiés au soutien des familles.

Tendances actuelles et différences cantonales dans la prise en charge des personnes âgées

Sonia Pellegrini, OBSAN

Quelles sont les tendances dans les soins de longue durée ? Du moins celles observées dans les statistiques communiquées à l’OFS. Si l’on commence par le **secteur des EMS**, on constate un recul des entrées en institutions (6,4% en 2006 à 5,7% en 2014). C’est une tendance nationale, suivie également au niveau fribourgeois. Si l’on se penche maintenant sur les caractéristiques de l’entrée en EMS, l’âge d’entrée est en hausse, faisant reculer la durée moyenne du séjour (désormais en dessous de 3 ans). Le nombre de minutes de soins par jour est en augmentation, tandis que le % de résidents peu dépendants diminue. Ce que l’on peut retenir c’est que les EMS ont eu tendance au cours des dernières années à se repositionner sur la prise en charge de cas plus complexes.

Concernant l’aide et les **soins à domicile**, la tendance est au développement (+ 0,4 points de pourcentage entre 2007 et 2014). La part des plus de 80 ans dans la clientèle a augmenté, de même que le volume de prestations par personnes.

Concernant les **structures intermédiaires**, trois types de structures ont été examinées :

* Les structures d’accueil de jour/nuit ;
* Les courts séjours en EMS ;
* Les logements avec encadrement médico-social.

Au-delà des décomptes on constate que l’on passe d’un système bimodal à une chaîne de soins continue et progressive.

Si l’on se penche sur la situation fribourgeoise en particulier, il faut déjà rappeler la diversité des philosophies d’accompagnement et de soins en Suisse. Si en moyenne nationale, il y a une personne en EMS pour deux personnes suivies par les soins à domicile, en Suisse orientale, le ratio est de 1 :1 tandis qu’en Suisse romande pour une personne en EMS, quatre sont suivies par les soins à domicile. Ces philosophies d’accompagnement influencent le nombre d’établissements correspondant.

Concernant les défis à venir, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande, notamment en professionnels dans le domaine de la santé, le tout entraînant une augmentation des dépenses. Ces projections sont similaires, peu importe les sources : les besoins augmentent et les ressources ne pourront y répondre s’il n’y a pas de nouvelles solutions qui sont trouvées.

Pour faire face à ces défis, le Conseil fédéral dans son rapport stratégique opte pour :

* Une prévention ciblée et efficace ;
* Une amélioration de l’efficience et la qualité par une meilleure coordination ;
* Un renforcement du personnel des soins et mieux soutenir les proches aidants.

Prix attitude réseau 2016

Mise en évidence de bonnes pratiques du réseau médico-social dans le canton dans le cadre de

projets déjà réalisés ou en cours de réalisation. Les projets en lice sont décrits au public via une fiche glissée dans le dossier des participants à la journée Attitude réseau, de même qu’un bulletin de vote. Le gagnant du prix est désigné en fin de journée et remporte CHF 2'000.-

## IMUD-Broye

Pour éviter les hospitalisations inappropriées, l’équipe IMUD-Broye (Infirmière Mobile Urgence-Domicile) composées d’infirmières des soins à domiciles (localisées pendant la nuit aux urgences de l’hôpital intercantonal de l’Hôpital de la Broye) assure la continuité des soins en effectuant des prestations planifiées auprès des clients des soins à domicile de la Broye fribourgeoise et vaudoise, répond aux urgences médico-sociales et évalue la possibilité de retour à domicile pour les personnes de plus de 65 ans se présentant aux urgences.

## Psychiatrie de liaison en EMS

Fin 2004, projet pilote entre deux EMS. Le projet est validé par le canton et étendu à 14 EMS en 2007, puis à l’ensemble des institutions du canton dès 2009. Ce projet a pour but d’intervenir sur le lieu de vie du résident en présence de l’équipe soignant afin d’éviter des transports aux résidents et de collaborer tout en formant les équipes soignantes. Un contrat cadre lie l’AFIPA (association fribourgeoise des EMS) au réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), des contrats individuels sont ensuite passés entre les EMS et le RFSM. A l’heure actuelle, 37 EMS bénéficient de ce service, soit 85% des lits du canton. Selon une enquête réalisée auprès des EMS, ce dispositif permet d’éviter 36 hospitalisations par an.

## Accompagner jusqu’à la mort les résidents dans leur univers familier : transformer les pratiques et oser le grand saut !

Mourir chez soi concerne également les personnes en institution spécialisée souffrant de handicaps, de graves maladies évolutives, qui nécessitent des soins complexes et aigus. Lorsque la fin de vie devient imminente, le transfert en hôpital aigu reste souvent la seule alternative possible. Or ceci nécessite de déplacer le résident, le confronter au stress d’une hospitalisation en milieu inconnu, et génère auprès du personnel un sentiment d’abandon ou de frustration.

Pour répondre à ce défi, le Foyer des Préalpes et l’équipe mobile de soins palliatifs Voltigo développent un plan de mesures afin d’élargir les possibilités de choix. Il offre un suivi des situations par un infirmier et/ou un médecin de Voltigo, un processus de formation-supervision avec renforcement des compétences intra-institutionnelles.

Le processus se poursuit avec de magnifiques expériences réalisées. Les personnes malades concernées, les professionnels et les autres résidents constatent que finir sa vie dans un milieu familier, entourés de personnes familières, n’est pas une utopie.

## Mémoire Fribourg : consultation mémoire du canton de Fribourg

L’activité principale de la Clinique mémoire fribourg (CMF) est le dépistage et le diagnostic différentiel des troubles cognitifs. Cette consultation multi-sites, inter-institutions et interprofessionnelle nécessite une coordination de l’ensemble de ses partenaires. Par ailleurs, une coordination est également prévue entre les différents acteurs liés au patient (famille, soins à domicile, Associations Alzheimer, foyers, etc.). Sur le plan scientifique, la CMF échange à travers des vidéoconférences mensuelles avec le réseau romand des Cliniques mémoire. Elle collabore à des projets de recherche avec la HES Fribourg, le Laboratoire des Sciences Cognitives et Neurologiques de l’Université de Fribourg, le Centre d’imagerie médicale de Fribourg et le Centre Leenaards de la Mémoire (CHUV). La CMF est membre des Swiss Memory Clinics et de la plate-forme d’échanges Gérontopôle Fribourg/Freiburg.

## Organe de coordination du district de la Gruyère

**VAINQUEUR DU PRIX ATTITUDE RESEAU**

Initié par la Commission de district du Réseau Santé de la Gruyère suite aux Etats généraux des EMS de la Gruyère en 2012, le projet a vu sa mise en œuvre progressive au sein du Réseau Santé et Social de la Gruyère voilà deux ans. Sis dans les mêmes locaux que le Service d’aide et de soins à domicile, l’Organe de coordination assure non seulement la gestion des demandes d’admission en EMS, mais également la permanence téléphonique quotidienne pour les interventions à domicile.

Un récent bilan a mis clairement en évidence la satisfaction de l’ensemble des acteurs, formels et informels. Notamment, la patientèle et leur famille qui apprécient la simplification des démarches grâce à un interlocuteur unique.

Sans aucun doute, le projet a contribué à développer cette « attitude réseau » tant évoquée et à améliorer les relations entre les professionnels de la santé.

## Vieillir à Sensebezirk !

L’impulsion du projet vient de la Fondation Age qui, sous le slogan « Socius : quand vieillir requiert de l’aide », aide les communes et régions dans leurs projets en faveur de la vieillesse.

L’équipe du projet est composée des membres du réseau de soins de Sense, de la Préfecture, des soins à domicile de la région, de l’association des retraités, des EMS, des services de secours et de médecins. Sous la responsabilité d’une cheffe de projet et d’une petite équipe de huit personnes, les buts suivants ont été établis :

* Élaborer un concept vieillesse (*Alterskonzept*) pour les 19 communes de la région ;
* Créer un organe central de coordination et d’information à disposition de la population ;
* Poursuivre le projet au-delà de 2018 dans le cadre de la loi Senior+.

Les travaux avancent rapidement. Le concept vieillesse devrait être présenté aux communes en automne et adopté d’ici l’été 2017. Les objectif suivant seront ainsi fixés dans la loi.

Table ronde : journées d’hospitalisation inappropriées

Modérée par Neil Ankers, Consultant et entrepreneur social

**Intervenants**

Béatrice Huber-Mayagal (infirmière responsable adjointe du Réseau santé Glâne)

Pierre Aeby (membre du Comité de l’AFIPA et de Pro Senectute Fribourg)

Patrice Zurich (chef du service de la santé publique fribourgeois)

Sabine Corzani (responsable du réseau fribourgeois de santé mentale)

Dr. Renato Scognamioglio (médecin interniste Hôpital de Fribourg)

*Vous avez entendu ce matin ce rappel entre le décalage entre les besoins (qui augmentent) et les ressources (qui sont limitées). Le débat de ce jour portera sur les journées d’hospitalisation inappropriées. La définition de ce terme posant d’ailleurs déjà débat. Pourquoi est-ce un problème ? Il y a la mobilisation de ressources techniques inutiles, parallèlement, cela empêche des hospitalisations de personnes qui elles nécessiteraient ce plateau technique sans compter l’impact négatif au niveau financier. Mais commençons peut-être pas une question simple : est-ce un phénomène que vous constatez dans vos domaines respectifs ?*

**Dr. Renato Scognamioglio**

Je connais cette problématique depuis une vingtaine d’années. Dernièrement le système de financement DRG nous a forcés à le quantifier et le qualifier. Nous constatons qu’environ 2 à 3% de nos patients ne sont pas au bon moment au bon endroit. Cette situation concerne l’ensemble de nos professionnels. Les raisons de ces situations sont multiples, nous avons codifiés une trentaine de causes.

*Mais est-ce que vous avez une photo à jour de la situation en temps et aussi au niveau qualitatif ?*

Oui, nous sommes désormais capables de sortir ces chiffres à tout moment et d’apporter des statistiques pour aborder le sujet de manière correcte. Mais la quantification et la qualification sont des problématiques différentes.

**Sabine Corzani**

Pour nous la journée appropriée se déclenche que lorsque l’assureur détermine que l’hospitalisation n’est plus financée. Chez nous cela correspond à une moyenne de 2 à 3% des séjours hospitaliers. Ces situations ne nous inquiètent pas par le volume, mais plus sur la signification pour le patient. Si on imagine une personne qui entre à Marsens[[1]](#footnote-1) et qu’un projet de placement est arrêté, mais qu’il n’est pas possible de le concrétiser : le patient se trouve contraint de séjourner en milieu hospitalier, alors que ce n’est plus approprié. A ce problème qualitatif s’ajoute une perte financière pour l’institution.

*Sur le plan financier, vous savez combien vous perdez chaque année ?*

**Patrice Zurich**

On travaille avec les deux acteurs précédents, qui reçoivent une enveloppe pour les journées inappropriées. Ces journées sont néanmoins qualifiées de manière différente entre les deux institutions. En 2015, on dénombrait 1'500 journées pour le réseau fribourgeois en santé mentale. Dans ce domaine ce sont peu de personnes qui sont concernées, mais pour des durées importantes. Pour l’hôpital de Fribourg c’était environ 3'700 journée. Sur ce chiffre total de 5’200, environ 2'000 sont liées au patient lui-même, respectivement à sa famille (par exemple lorsqu’au lieu de sortir un jeudi, la famille préfère un transfert un samedi). Les 3'000 autres sont liées à des problématiques de suite de traitement, dont 1'800 qui sont liées à une attente de placement en EMS. Soit environ 14-15 jours par personne. Du point de vue des chiffres on est environ à 1’600'000.- pour les deux institutions. On est en train, avec elles, de faire l’analyse du problème et envisager les solutions (de l’Etat ou du réseau) qui peuvent être envisagées.

*Quelles sont les causes de cette problématique qui sont internes à HFR celles qui sont externes ?*

La moitié des journées inappropriées sont dues au manque d’une prestation externe. L’autre moitié est liée au manque de possibilité de placement dans un service de réadaptation. Concrètement il faut adapter les structures pour que le flux des patients s’améliore. C’est beaucoup plus difficile d’agir sur les causes externes. Souvent c’est en amont qu’il faut agir. Nous mettons vraiment l’emphase sur une anticipation maximale pour éviter les phases d’hospitalisation.

*Et au RSFM ?*

**Sabine Corzani :** Les patients concernés sont des patients avec des problématiques très complexes. Le principal problème réside surtout dans les sorties, qui sont bloquées, faute de solutions. Ce sont des patients avec une problématique tellement complexe qu’il faut parfois trouver des institutions hors-canton ou, lorsque la solution existe il faut compter avec de l’attente. Chez nous le phénomène a pris de l’ampleur dès l’ouverture de l’UATO.[[2]](#footnote-2)

**Béatrice Huber-Mayagal :** Depuis 2013 et l’introduction des DRG on voit une augmentation des situations complexes à domicile. Par rapport aux causes on voit certaines situations qui sortent soit trop vite soit contre avis médical. Par rapport aux causes, ce que l’on observe ce sont des hospitalisations liées à la paupérisation de la population, car on a des personnes qui ont peur d’augmenter leur quote-part et refusent de consulter. On a également parlé du manque de structures intermédiaires, notamment pour les personnes en situation de handicap, qui sont autonomes mais à la suite d’un ennui de santé nécessiteraient une structure d’accueil temporaire. Il faudrait un autre lieu que l’hôpital pour pouvoir les accueillir.

**Pierre Aeby :** Je suis content que les personnes qui se sont exprimées avant moi aient tenté de définir les journées d’hospitalisation inappropriées. C’est un domaine dans lequel les institutions ont tendance à se renvoyer la balle. Chacun travaille selon ses critères, sa déontologie mais aussi selon les prestations qu’il peut se faire rembourser. Tout le monde doit progresser, cela concerne aussi les médecins de premier recours. En matière de prise en charge des personnes âgées, il pourrait être judicieux d’organiser pour eux des mises à niveau. Si vous regardez les urgences des hôpitaux, vous constatez que l’hospitalisation inappropriée débute déjà là. Si on se place du point de vue du patient, on sait que l’hôpital n’a pas les moyens de s’occuper d’une personne âgée, du moins pas de la même manière qu’en EMS. On constate par exemple dans le cas des fractures du col du fémur des hospitalisations inappropriées. Il faudrait presque une autorité supérieure à l’ensemble des acteurs pour aider à la prise de décision.

*Bon, j’ai l’impression qu’on a identifié les causes, mais vu depuis des points de vue d’acteurs différents. Ma question au canton peut-être : est-ce qu’il existe aujourd’hui une vision à jour et régulière de la problématique ?*

**Patrice Zurich :** J’aimerais revenir sur une réflexion plus globale. Nous savons qu’il faudra innover, c’est clair. Si on prend l’hôpital de demain, quand quelqu’un est hospitalisé, c’est souvent un épiphénomène dans la vie de cette personne. L’hôpital de demain sera évidemment un hôpital intégré dans un réseau. Il devra se préoccuper de l’avant tout comme de l’après.

Si je reviens aux journées inappropriées, il y a des réflexions en cours pour améliorer l’avant et l’après. Il y a Senior+ et la volonté de construire des réseaux au niveau des districts. Ce travail de dialogue avec l’ensemble des partenaires est extrêmement important et fructueux.

Sur les mesures qu’on peut mettre en place, on peut renforcer les soins à domicile. Cela pourrait par exemple être le modèle vaudois qui a permis de développer dans la Broye l’engagement d’infirmières en milieu hospitalier qui interviennent et accompagnent également à domicile. Nous sommes en réflexion pour des solutions similaires au niveau fribourgeois.

La mise en place du réseau va permettre une meilleure coordination. Les propos de Pierre Aeby sont tout à fait judicieux. La collaboration avec les médecins est indispensable en effet. Lorsqu’on parle du réseau, on doit donc les intégrer et pas seulement exiger d’eux mais aussi partager avec eux, leur offrir des solutions.

Enfin, je rappelle que l’UATO existe, il y a des structures de jour qui existe. L’UATO qui est un projet qui existe depuis plusieurs années permet de s’occuper environ 200 patients par année. Ce sont 4'000 journées inappropriées qui sont ainsi économisées. A l’époque, à la création de l’UATO l’hôpital pensait que cela permettrait uniquement d’économiser des journées inappropriées en attente de placement en EMS. Or nous constatons aujourd’hui que 50% des lits d’attente sont effectivement en attente de placement, mais les 50 autres % sont en attentes de retour à domicile.

*Cela voudrait dire que l’UATO sera répliquée dans les régions ?*

La partie *attente de placement en EMS* va être répliquée, mais à terme, la partie *attente avant de retourner à domicile* devra également être développée.

*Peut-être au niveau des autres acteurs, est-ce que d’autres solutions sont en cours ?*

**Béatrice Huber :** On insiste sur une plateforme d’orientation du domicile, avant que la personne soit hospitalisée. L’idée c’est de pouvoir, comme le Département nous donne mission de soins à domicile, d’augmenter les compétences des professionnels de soins à domicile, notamment en finançant des formations continues. Il faut également offrir des solutions qui permettent de soulager les proches aidants, de manière à éviter les hospitalisations inappropriées pour causes d’épuisement des proches.

**Pierre Aeby :**Peut-être un petit pavé dans la mare. Il faut regarder qui paie quoi. Aujourd’hui, une personne âgée ne coûte presque rien à sa commune, elle coûte lorsqu’elle a besoin de soins à domicile. Il faudrait inverser la tendance, de manière à ce que les communes soient incitées à développer des soins à domicile plutôt que des EMS.

**Patrice Zurich :** Le fait que les réseaux doivent se mettre en place via la Loi cadre Senior+ va immanquablement créer de la coordination. J’aimerais également ajouter quelque chose concernant la prise en charge des personnes âgées avec des problèmes psychiques. Il y a tout un travail qui est effectué en EMS et qui est parfois complexe et mal rémunéré. Il y a un recalibrage de RAI en cours qui permettra d’améliorer le soutien financier aux EMS. D’autre part, le travail de réseau qui s’est mis en place à partir de 2015 est en train de se concrétiser puisque l’on devrait prochainement arriver à un projet de prise en charge pour ce public cible (personnes âgées avec problématique psychiatrique).

Réseaux sociaux : communiquer et faire connaître son institution

Olivier Glassey - IDHEAP

Quelques définitions pour débuter :

* **Réseau social**: Le terme existe depuis longtemps, bien avant Internet. John Barnes, sociologue norvégien, s’est rendu dans un village et a essayé de comprendre et reconstruire les connexions interpersonnelles. Ces travaux ont donné naissance à la théorie des six niveaux, qui veut qu’en six degrés de connaissance on puisse théoriquement connaître la planète entière. Bref, si l’on parle à un sociologue de réseau social, voilà sa compréhension
* **Réseaux sociaux numériques**: C’est le sujet de cette présentation. On parle aussi de médias sociaux, en anglais surtout. Bon, il y a presqu’autant de définitions que d’auteurs, mais il y a des composantes similaires. La première composante c’est la composante *plateformes*, le second élément qui a transformé la notion de médias sociaux c’est la facilité de publication. C’est-à-dire que n’importe qui peut désormais publier une photo, une vidéo ou son avis avec le monde entier. C’est quelque chose de relativement nouveau. Auparavant c’était la télévision qui publiait les vidéos, les photographes professionnels prenaient les photos et les journaux publiaient les courriers des lecteurs.
* **Interaction et partage :** Quand on lit le journal ou quand on regarde la télévision, on peut s’énerver ou s’enthousiasmer suite à la consommation d’un contenu, mais il n’y a pas d’interaction. Les plateformes numériques permettent désormais d’interagir et de partager.

Voilà pour la définition des concepts qui sous-tendent un réseau social numérique.

Pendant très longtemps, des dizaines de projets européens ont financé des plateformes d’échange. Ces projets ont été balayés pour la plupart par les plateformes d’échange publiques. La première question concerne donc la portée de la plateforme (généraliste ou dédiée) et le public cible (interne ou externe). La maîtrise sur le contenu peut également être volontairement plus ou moins grande.

Historiquement, si l’on regarde l’évolution des plateformes numériques, leur émergence débute avec des forums thématiques. Leur utilisation était plutôt complexe mais néanmoins compréhensible. Blogger en 1999 a simplifié la publication de contenus et de fait, l’a démocratisé. Facebook dès 2004, Twitter 2006, les réseaux sociaux se sont ensuite rapidement développés. Une histoire récente donc.

Depuis 2008 Fred Cavazza crée une carte des réseaux sociaux en fonction des objectifs des plateformes. Ce paysage évolue très vite. Mais ce qui change ce sont les plateformes. En dix ans, il n’y a pas eu de grandes nouveautés au niveau de la publication et des interactions.

Mais intéressons-nous à la communication. Prenons la communication directe, elle passe d’un émetteur à un récepteur via un canal, il y a une possibilité de feed-back également. Quel est le plus gros vecteur de communication actuellement ? C’est la communication médiée. Autrement dit une communication de masse. Si vous pensez à reportage de la RTS diffusé ensuite sur TV5 monde, des millions de personnes vont le voir, mais pourront également le réutiliser. Dans ce cas il n’y a pas de rétroaction. Le présentateur TV n’a pas de feed-back. Qu’est-ce qui a changé avec les médias sociaux ? On a toujours le même principe que la communication directe, mais en plus de la rétroaction on a la possibilité d’identifier les partages.

Analysons désormais ce qui peut être utile de partager sur les réseaux sociaux :

* **Messages utilitaires et officiels**
* **Marketing public**
* **Réponse citoyennes :** Quel est le feeling des citoyens, que pensent-ils d’un projet ?
* **Urgences et catastrophe :** Communiquer plus vite. D’ailleurs en Californie, endroit où les incendies sont fréquents, la cartographie de l’avancement des incendies est bien plus précise en utilisant les réseaux sociaux que les systèmes classiques de surveillance.

La participation est donc au cœur du sujet. La participation citoyenne peut-être décidée par le gouvernement ou venir des citoyens, elle peut également provenir d’organisations intermédiaires (la frc par exemple). Les niveaux de participations quant à eux peuvent-être distingués ainsi :

* **Publier l’information :** A l’instar du [compte Twitter du DETEC](https://twitter.com/uvek_detec) ou du [Facebook de la police vaudoise](https://www.facebook.com/policevd/)
* **Communication / Consultation :** A l’instar des [procédures de consultation de la Confédération](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/procedures-consultation.html), [Procédure de consultation/pétition UK](https://petition.parliament.uk/)
* **Collaboration / Participation active :** Application [Züri wie neu](https://www.zueriwieneu.ch/) qui permet de signaler les choses qui ne marche pas à la Ville (un lampadaire en panne, un trottoir mal en point, etc.) et qui s’inspire de [FixMyStreet](https://www.fixmystreet.com/)

On s’imagine bien que tout cela ne va pas sans poser tout un tas de questions et parfois de problèmes. Un exemple concret c’est la constituante genevoise et le débat autour de la possibilité de tweeter pour les politiciens qui étaient dans le processus. La transparence est donc un enjeu et source de débat.

L’accessibilité nécessite des investissements. Par ailleurs, il y a l’enjeu de la confiance du public, vis-à-vis de l’information qui devient de plus en plus dense.

Mais concentrons-nous pour terminer sur le dernier défi : l’interactivité. La base de la réflexion c’est de se demander qui sont les émetteurs du message, qui sont les destinataires, qu’est-ce qu’on publie, sur quelles plateformes et avec quel objectif ?

Ma conclusion c’est que si, dans votre pratique vous n’allez pas être obligés d’avoir un manuel d’utilisation complexe, mais un mini-cadre d’analyse préalable s’avère indispensable, en utilisant par exemple les questions soulevées dans cette présentation.

Le rôle du médecin généraliste dans le réseau des soins à domicile et des EMS : échanges croisés

Modération : Jesica Graber, consultante clinique Réseau santé Sarine

**Intervenants**

Claude-Eveline Guillaume (infirmière responsable du Réseau Santé Veveyse)

Dr. André Schaub (médecin généraliste et en EMS)

Philippe Bourquin (infirmier-chef de la Résidence St-Martin à Cottens)

*Chaque intervenant a été invité à réfléchir à une situation qui exemplifie une bonne pratique. L’idée étant de se dire « Essayons de faire mieux avec ce qu’on a déjà ». Je vais passer la parole au Dr. André Schaub (médecin généraliste, cabinet à Posieux également répondant au Home du Gibloux) de débuter.*

## Vignette 1 : Monsieur M-G

87 ans, BPCO (*maladie pulmonaire, ndr.*) stade terminale, insuffisance cardiaque. Il est à la maison et ne tient pas à être hospitalisé. Il vit avec sa femme, âgée de 83 ans, très vive et autonome. Ils ont une petite villa. Ils ont un fils, musicien, qui est souvent à la maison. Un autre fils qui habite à proximité et qui vient également donner des coups de main. Depuis 2013, la situation se dégrade et Monsieur a de plus en plus de peine à venir au cabinet. Le médecin se déplace alors à domicile. Sa femme s’épuise, on organise alors des vacances, M. M-G part entre temps au home du Gibloux. A son retour du home, il accepte que les soins à domicile interviennent au domicile, puis de la physiothérapie se met en route. Juin 2014 la chaise percée dans la chambre, dès août 2014 des protections contre l’incontinence. La douche est aménagée pour qu’il puisse continuer de l’utiliser. On essaye d’organiser un séjour de réhabilitation, mais cela se passe mal et les objectifs ne sont pas obtenus. En mars 2015 Monsieur ne se déplace plus qu’en chaise roulante. Il commence à avoir des douleurs, liées notamment au manque de mouvements. Voltigo (*équipe mobile soins palliatifs, ndr.*) entre en jeu et propose des solutions, notamment dans l’antalgie. Début août 2015, l’état se péjore, agitation, délires et décès mi-août 2015.

*Nous avons donc un exemple de situation où le souhait du patient, à savoir décéder à domicile, a pu être rendu possible, grâce à une bonne collaboration. La question désormais c’est qu’est-ce que cela évoque pour vous ?*

**Question de la salle :**

* Mais qui coordonnait ce réseau, qui prenait les décisions parmi les nombreux professionnels ?
* Quels étaient les processus mis en place pour permettre de trouver des solutions ?
* Quelle était la place de l’épouse, quelle place lui était donnée ?
* Rôle du médecin ?
* Comment la volonté du patient avait été récoltée et était-ce une volonté partagée par sa femme ?

*Je mets en évidence un thème concernant la communication, mais aussi un aspect sur l’épuisement de l’épouse et des mesures qui arrivent un peu tardivement. Commençons peut-être par la communication :*

**Dr. Schaub :** J’indiquais qu’au départ la situation était stable, je passais une fois tous les trois mois. Puis au fur et à mesure j’intervenais à intervalles plus réguliers. La femme avait un rôle prioritaire, c’est elle qui appelait le plus souvent, du moins jusqu’à l’intervention de Voltigo. Le suivi était franchement sans problème jusqu’à ce que la situation de santé se dégrade. L’intervention de Voltigo a un peu complexifié les choses, avec des informations parfois différentes, mais j’étais seul médecin à intervenir, donc on a pu mettre les choses en place et ensuite cela s’est amélioré.

Si je poursuis, j’insiste sur le fait que la volonté de la femme était vraiment priorisée. Enfin, concernant les mesures parfois prises tardivement, c’est aussi lié au fait que la situation s’est dégradée très rapidement.

*Auriez-vous des recommandations à adresser sur la base de cet exemple aux soignants dans la salle ?*

Je dirais qu’un réseau aurait pu être organisé. Un moment où l’on se retrouve entre professionnels au lit du patient.

*Je retiens l’importance de la communication mais aussi la fragilité des situations qui peuvent être perturbées par des petits événements. La solution semble être dans la recherche de communication et de collaboration, l’appel au bon sens, afin de faire véritablement vivre l’attitude réseau.*

## Vignette 2 : Monsieur et Madame S

**Claude-Eveline Guillaume :** Nous constatons que les situations à domicile peuvent être de plus en plus complexes. J’ai choisis un couple que nous avions suivis longtemps à domicile avec à un moment donné une impossibilité de rester à domicile pour Monsieur (porteur d’une PEG[[3]](#footnote-3)). Une nouvelle institutionnalisation de Monsieur a impliqué un placement en institution. Madame ne pouvant, pour des raisons de santé, rester seule à domicile, elle est également entrée en institution. Il faut ajouter à cela une fille distante géographiquement (Genève) mais très impliquée dans le traitement et critique vis-à-vis de l’équipe des soins à domicile (remise en cause des traitements).

Quelques mois plus tard, le home appelle et demande un retour à domicile. Les professionnels du home sont dubitatifs, la fille fait pression. L’équipe des professionnels des soins à domicile est très sceptique. Mais le couple et la fille étant très déterminés…

L’intervention a été posée par un contrat entre la famille, le couple et l’équipe des professionnels à domicile. Tout s’est fait par écrit, le couple est rentré à domicile, mais la situation complexe, notamment la pompe pour l’alimentation du Monsieur nécessite des interventions de plus en plus régulières des soins à domicile. Un nouveau médecin entre en jeu ainsi qu’une nutritionniste qui suggère un autre mode d’alimentation (par seringue).

Après le retour à domicile, le réseau entre la nutritionniste, le médecin, le couple et la fille a permis de créer un cadre favorable qui conduit désormais à une situation stable.

**Questions de la salle :**

* Comment la prise de risque est-elle partagée ?
* Quel a été le rôle du nouveau médecin dans la situation ?
* On a entendu la volonté de la fille, mais quelle était la volonté du couple ?

*J’entends l’aspect de la gestion des risques : qui porte la responsabilité de quoi ?*

A priori ma première réaction a été de dire « non, on ne va pas intervenir ». Mais la détermination claire et nette du couple et de la fille ne nous laissait pas le choix. Après, la responsabilité pour ma part en tant que cheffe de service, c’était d’assurer le cadre juridique et les risques acceptables pour les professionnels. Tout le monde savait qu’il y avait une prise de risque, mais ele a été calculée et gérée le mieux possible. Il y a donc eu un réseau de départ impliquant l’ensemble des professionnels autour d’un contrat de base connu et accepté par tout le monde.

## Vignette 3 : Madame W

**Philippe Bourquin :** Madame W. a 95 ans, elle est entrée en EMS en 2010 avec son mari, qui lui était dépendant. Il sont restés aux home pendant 4 ans, l’époux est décédé. Petit à petit, Madame W a eu besoin de soins et de guidance pour les activités de la vie quotidienne. Un matin, elle se plaint de douleurs du côté droit qui l’empêche de se rendre au petit-déjeuner. Elle est prise en charge dans le cabinet du médecin (qui est sur place dans le home) qui met en lumière une Cholécystiste. Deux options : entrer à l’hôpital ou prendre des traitements antibiotiques et antalgiques en suivant un régime alimentaire très strict. C’est cette seconde option qui a été privilégiée. La situation a été intéressante car il y a une forte collaboration entre les professionnels, notamment avec la cuisine. La première semaine notamment était très difficile, elle avait beaucoup de peine à se lever. Puis, une semaine plus tard environ, Madame a pu recommencer une alimentation presque normale. Quinze jours plus tard la médication a pu être stoppée et Madame a pu reprendre une alimentation normale.

Cet exemple, à mon sens montre l’importance du médecin répondant (qui n’est pas forcément le médecin traitant). Il y a un contrat qui lie le médecin répondant à l’EMS et cela nous permet de vraiment créer une collaboration.

Comment garantir une bonne continuité des soins dans le réseau

Stéfanie Monod, Cheffe de service de santé publique Vaud

Prenons comme point de départ une personne lambda : Madame Today a 88 ans, elle vit à Lausanne, elle est veuve. Elle a une fille qui est déléguée de la Croix-Rouge, donc peu présente. Son entourage est plutôt restreint, de nombreux proches étant récemment décédés.

Du point de vue médical, elle a un diabète, des douleurs aux hanches, la vue qui baisse. Elle a quelques troubles de la mémoire aussi. Elle est suivie par les soins à domicile, qui viennent tous les jours faire la toilette. Elle prend 9 médicaments, elle a 3 docteurs.

Un jour, dans la salle de bain, elle glisse dans la baignoire. L’ambulance arrive et l’amène à l’hôpital. Elle arrive aux urgences et elle y reste. On la met dans un lit, on lui met une perfusion et on lui demande de faire ses besoins dans son lit. Bref, dès le premier moment on génère des dysfonctionnements systématiques.

Après neuf jours aux soins aigus, elle est transférée dans un centre de traitement et de réadaptation. Là, malgré la physiothérapie intensive elle reste faible, l’équilibre est précaire. La fille est absente, alors on réunit tout le monde et on décide, par précaution («  parce que c’est plus sûr ») de la faire entrer en EMS.

Des Mme today il y en aura de plus de plus demain.

On ne peut pas dire que les gens ne sont pas préoccupés. Trois éléments doivent être rappelés :

* Aujourd’hui tout le monde est préoccupé par une meilleure prise en charge des maladies chroniques. Mais à ce jour chacun le fait depuis là où il est. C’est positif parce qu’il y a une préoccupation mais c’est chaotique.
* L’autre chose c’est que l’on dit qu’il faut prévenir le déclin, mais personne au sein de la communauté n’en porte la responsabilité.
* Enfin, tout le monde dit que le patient est une personne clé, mais comme personne ne se parle, on lui demande sans cesse les mêmes choses.

Les enjeux ne sont pas le financement ou la gouvernance, mais d’avoir une population en meilleure santé.

Des Madames tomorrow demain, concernant les problèmes chroniques, il y en aura toujours. Mais on va anticiper les risques de chutes, anticiper et maintenir les performances fonctionnelles. On va également travailler sur les aspects de socialisation et agir pour diminuer le nombre de médicaments prescrits.

Un problème aigu cela existe, mais il faut **déplacer le lieu d’intervention à domicile**. Le lieu du diagnostic doit être le domicile. Même la réadaptation doit être déplacée, car l’on sait qu’elle est bien plus intéressante et efficace à domicile.

Pour mener à bien ce projet, nous agissons dans le Canton de Vaud dans champs de réformes complémentaires :

* Le premier c’est un décret qui parle du dossier électronique du patient et d’un outil d’évaluation commun. On a également des mesures financières incitatives, pour que les acteurs (médecins et pharmaciens également) se connectent.
* La partie la plus complexe c’est une reformulation de l’ensemble de l’aide et des soins (on ne distingue pas les deux). On va créer quatre associations régionales qui seront responsables de cette mise en œuvre. Ces associations doivent garantir que les personnes qui vivent dans une région :
	+ Préservent leur autonomie fonctionnelle
	+ Favorisent le maintien à domicile

L’ensemble du financement de l’Etat passera désormais par l’institution régionale, qui financera les acteurs sur le terrain. Dans le mécanisme, la subvention annuelle sera calculée en fonction de la population et de son état de santé. Le financement viendra également d’économies sur les institutionnalisation. En gros, chaque journée d’hospitalisation évitée sera financée à l’institution régionale.

D’un point de vue juridique ce seront des structures autonomes disposant de leur propre conseil d’administration.

Je conclus qu’aujourd’hui nous avons de nombreux prestataires et la nécessité de mettre en cohérence et connecter.

Mots de conclusion

Anne-Claude Demière

C’était vraiment un énorme plaisir de participer à cette journée que j’ai trouvé passionnante, tant par la qualité des interventions que des débats et des échanges. Ce qui m’a beaucoup plu dans cette journée c’est le fait que les services d’aide et de soins à domicile et les EMS ont été mis à pied d’égalité.

J’ai cherché une citation qui résumerait tout ça : « Si quelqu’un vous offre une place dans une fusée, ne vous demandez pas de quelle place il s’agit : montez ! ». Moi en tout cas, je suis prête à monter. A la Direction de la Santé et de l’action sociale nous avons récemment fêté les 30 ans du planning familial et de l’éducation sexuelle, un exemple parmi d’autre où nous avons vu l’importance de la mise en réseau. [*La Conseillère d’Etat cite deux, trois autres exemples*] Mesdames et Messieurs, je pourrais vous citer des dizaines d’autres exemples, vous constaterez que les réflexions de ce jour rejoignent l’objet de nos réflexions.

En effet, les politiques de prises en charge des personnes âgées, des personnes fragilisées, requièrent une mise en réseau des compétences, tant des professionnels que de l’entourage. L’OBSAN l’a rappelé ce matin : les coûts des soins et de l’accompagnement de nos aînés pourraient tripler. La réflexion d’aujourd’hui tombe donc à un moment charnière.

Nous sommes dans le canton de Fribourg dans les projets de projection, c’est le sens de Senior+. Je crois que nous pouvons être fiers de ce projet qui réunit acteurs et bénéficiaires. C’est une politique novatrice car elle définit dans les bases légales des objectifs spécifiques aux personnes âgées, ainsi que des mesures d’action pour valoriser cette population au sein de notre communauté.

Nous sommes aujourd’hui à la fois à la fin du processus de validation de Senior+ et au début de la concrétisation des mesures. Il reste toutefois beaucoup à faire. Le chemin est long et je pense que nous devrons consentir des efforts particuliers pour parvenir à l’objectif. Senior+ pose les bases d’une organisation qui privilégie l’autonomie de la personne âgée. Nous arrivons aux mêmes conclusions que le Canton de Vaud, notamment un soutien financier pour les proches ; des mesures indirectes pour améliorer l’offre des domiciles adaptés ; des mesures pour améliorer les transports ; etc. Ce ne sont que quelques-uns des axes sur lesquels nous pourront agir dans le cadre de ce processus. Par ailleurs, les communes auront également leur rôle à jouer.

J’aimerais rappeler ici notre souci de tout mettre en œuvre pour réaliser ces mesures. Le réseau social est une réalité qui est non seulement créative mais également efficace dans les solutions proposées pour l’accompagnement et la prise en charge des personnes âgées. Ensemble, je suis convaincu que nous saurons relever le défi du vieillissement dans notre canton.

1. Hôpital psychiatrique cantonal, ndr. [↑](#footnote-ref-1)
2. L’unité d’accueil temporaire et d’orientation (UATO) accueille, pour une durée maximale de 3 mois, des patients qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers, mais sont en attente d’une place dans un EMS ou ont besoin, en vue de leur retour à domicile, de prestations de soins stationnaires afin d'améliorer leurs compétences ou pour permettre d’organiser la mise en place d’un dispositif adéquat de soins et d’accompagnement social. (www.fr.ch) [↑](#footnote-ref-2)
3. Sonde installée dans l’estomac et utilisée afin de garantir l’alimentation lorsque les voies naturelles ne peuvent plus être utilisées. Ce qui était le cas dans cet exemple, puisque le patient souffrait d’une sténose œsophagienne et du pylore, un problème musculaire dans la région de l’estomac qui provoque de fortes nausées. Dans le cas du patient, cette problématique impliquait de fréquentes hospitalisations. *Ndr.* [↑](#footnote-ref-3)