

spectra

115



Prévention dans le domaine des soins

2-3 Ancrer la prévention

En Suisse, la durée de vie s'allonge et les gens restent plus longtemps en bonne santé. Pourtant, on observe une forte progression des maladies non transmissibles (MNT). Cela restreint la qualité de vie des personnes affectées et fait augmenter les dépenses de santé. La stratégie MNT vise à contrer cette évolution. L'un de ses objectifs majeurs consiste à développer la mise en réseau des acteurs de la promotion de la santé et de la prévention (Public Health) avec ceux du domaine des soins (Care). Les personnes qui souffrent déjà d'une maladie chronique ou qui présentent des risques accrus d'en contracter une doivent pouvoir profiter d'offres leur permettant de mieux gérer leur situation. Cela contribue à une meilleure qualité de vie et à une baisse des coûts de la santé.

6-7 Point de vue des médecins

Comment la FMH entend-elle faire face au changement de paradigme qui se profile, à savoir l'intégration accrue de la prévention dans les soins ? Quelles sont les implications pour les médecins d'aujourd'hui et ceux de demain ? Autrement dit : quels sont les défis à venir et comment les intégrer dans les différents niveaux de formation des médecins ? Dans son entretien avec Carlos Beat Quinto, membre du Comité central de la FMH et responsable du département Santé publique et professions de la santé, « spectra » s'est intéressé aux axes principaux de son travail ainsi qu'à ses souhaits – et ses critiques – concernant les questions politiques, la Confédération et les patients.

Interprofessionnalité dans le domaine de la santé

- 11 Une collaboration interprofessionnelle accrue dans le domaine de la santé permet d'améliorer la qualité et la continuité au niveau des soins, d'augmenter la satisfaction des parties impliquées et de contrôler les coûts plus efficacement. Etant donné que l'expertise d'un seul groupe professionnel ne suffit souvent plus à faire face aux différentes situations en matière de soins, l'interprofessionnalité joue un rôle de plus en plus important. En d'autres termes, les patients bénéficient d'un soutien et d'une approche globale. Cela est d'autant plus important que les erreurs surviennent surtout lorsque la coordination n'est pas le maître-mot, comme le souligne Claudia Galli dans l'entretien. Elle est la présidente de la Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS), qui accorde une place prépondérante à l'interprofessionnalité.



Faire de la prévention une composante évidente du domaine des soins

Prévention dans le domaine des soins. Dans sa stratégie Santé2020, le Conseil fédéral a défini, parmi ses priorités en matière de politique de la santé, l'élaboration et l'application d'une stratégie maladies non transmissibles MNT. Formulés en même temps que la stratégie Addictions et que le programme concernant la santé psychique, les objectifs stratégiques et les mesures associées ont été adoptés fin 2016 par le Conseil fédéral et par le Dialogue Politique nationale de la santé. Il est donc maintenant possible d'intensifier la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. L'une des principales préoccupations de la stratégie MNT est de mieux ancrer la prévention dans le domaine des soins afin de lutter contre les maladies chroniques et de freiner l'augmentation des coûts. Mais comment procéder ? Qu'a-t-on fait jusqu'ici ? Et peut-on déjà évaluer les effets positifs ?

Nous souhaitons tous vivre le plus longtemps possible en bonne santé et sans douleur. Y parvenir dépend surtout de nous et de notre mode de vie. Dans notre pays, environ 70 % des gens font déjà attention à la façon dont ils se nourrissent et 72,5 % pratiquent suffisamment d'activités physiques. Ils préservent ainsi autant leur santé que ceux qui s'abstiennent de fumer et de boire de façon excessive. De cette manière, nombre de maladies non transmissibles, généralement chroniques, peuvent être évitées ou du moins retardées, ce qui améliore nettement la qualité de vie. Les cinq maladies les plus fréquentes – cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires chroniques et maladies musculo-squelettiques – sont les principales responsables des décès prématurés et des affections chroniques.

Amorcer le changement de paradigme dans le domaine des soins pour lutter contre l'augmentation des MNT

Ces cinq MNT, qui constituent la plus forte charge de morbidité pour la société sont, avec les maladies psychiques, à l'origine de 51 % des dépenses de santé en Suisse. Nous ne sommes pas les seuls à être confrontés à ce problème. Dans beaucoup d'autres pays aussi la moyenne d'âge s'élève et le nombre de personnes des deuxième et troisième âges augmente. L'urbanisation s'accroît, la manière de se nourrir et les comportements évoluent. Afin de lutter contre ces tendances, un changement de paradigme est nécessaire dans le domaine des soins. La prévention doit être intégrée de manière durable dans le traitement et la réadaptation pour toute la chaîne des soins médicaux. Les malades chroniques apprendront ainsi à mieux composer avec leur maladie et à l'atténuer. Les groupes à risque auront à leur disposition davantage d'offres leur permettant de rester en bonne santé. De plus, les

patients seront plus souvent associés à leur traitement et conviendront des objectifs avec leur médecin, démarche généralement plus bénéfique qu'une prescription de mesures médicales. La participation des patients aux décisions les concernant contribue également à renforcer leur responsabilité face à leur santé. Le recours à des équipes interprofessionnelles, composées de médecins et d'autres professionnels de santé, donne une vision globale des patients et rend la relation médecin-malade plus fructueuse. Un autre objectif important est d'atteindre les groupes vulnérables de la population, car ce sont eux qui sont les plus sujets aux maladies chroniques et qui, pour différentes raisons, ont le plus de difficultés à accéder aux soins.

Définir la prévention dans le domaine des soins

Intégrer davantage la prévention dans le domaine des soins revient à considérer comme composantes d'un seul et unique système les deux domaines que sont les soins d'une part et la promotion de la santé et la prévention d'autre part (c'est-à-dire les informations visant à renforcer les compétences en matière de santé et la responsabilité de l'ensemble de la population, dans la vie privée comme dans la vie professionnelle). Autrement dit : le système actuel de soins aigus et de guérison sera à l'avenir une composante d'un système ayant pour valeurs essentielles la santé et la qualité de vie (passage du cure au care). Les techniques préventives et de promotion de la santé deviendront des composantes incontournables des soins médicaux de base.

Mesures à tous les niveaux

Pour un tel changement, il faut appliquer une série de mesures. Celles-ci touchent avant tout la formation initiale, la formation continue et le perfectionnement dans le domaine des professions médicales, mais également les activités, la répartition des tâches et des rôles, ainsi que la collaboration entre les professionnels de la santé et leurs institutions. Cette dernière peut se faire notamment par la mise en place d'équipes interprofessionnelles et le développement de moyens facilitant la communication, comme le dossier électronique du patient et la cybersanté. Des mesures encourageant la participation des patients et de leurs proches à chaque processus sont également nécessaires (entre autres par le renforcement de l'autogestion et l'amélioration des compétences en matière de santé grâce à des formations et à des dispositifs numériques), sans oublier le financement et le monitoring. L'ancrage de la prévention dans le domaine des soins ne doit cependant pas entraîner un élargissement coûteux de l'offre, mais plutôt, à moyen et à long termes, la maîtrise des coûts de la santé, car une collaboration intégrative et bien coordonnée au niveau des soins de base accroît l'efficacité. Notons qu'aujourd'hui, en matière de prévention, les prestations qui s'adressent aux personnes à risque et

aux malades ne bénéficient pas toutes d'un financement durable. Il s'agit de développer avec les acteurs concernés – pouvoirs publics, assureurs et employeurs – de nouveaux modèles de financement prévoyant des fonctions de conseil et de coordination non médicales.

Intégrer davantage la prévention dans le domaine des soins revient à considérer comme composantes d'un seul et unique système les deux domaines que sont les soins d'une part et la promotion de la santé et la prévention d'autre part.

Accorder une place centrale à l'être humain

La stratégie Santé2020, qui définit les priorités du Conseil fédéral en matière de politique de la santé pour les prochaines années, met l'accent sur les patients : « L'évolution des soins : à l'avenir, les soins devront être plus fortement conçus en fonction des patients et se concentrer sur leurs besoins. » La stratégie MNT en est une composante et, à ce titre, vise un système de santé qui prenne en compte l'évolution des besoins des patients au cours de la vie. Pour avoir le plus d'impact possible, elle est coordonnée avec la prévention des addictions (stratégie nationale Addictions 2017–2024) et celle des maladies psychiques. Pour ces deux problématiques, ce sont souvent les mêmes causes qui favorisent ou provoquent les MNT. De cette manière, les offres qui existent déjà pour ces groupes de population pourraient être davantage mises à la disposition des groupes à risque de MNT.

Améliorer sans augmenter les coûts de la santé

Mettre en œuvre la stratégie MNT ne signifie pas réinventer la prévention. Mais dans les projets existants qui ont fait leurs preuves, il faudrait si possible mieux prendre en compte des facteurs de risque autres que ceux des MNT, tels que les problèmes liés aux addictions ou à la santé psychique. Dans le cadre de la stratégie MNT, cela signifie promouvoir davantage, améliorer et, le cas échéant, introduire dans toute la Suisse des projets et des programmes innovants qui montrent comment mieux intégrer la prévention dans le domaine des soins. Le modèle de paiement à l'acte pourrait aussi être remplacé par des incitations financières qui seraient destinées aux assureurs-maladie et qui, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, pousseraient les prestataires à investir dans la prévention. Ces derniers, de même que les agents payeurs, devraient développer des modèles de financement novateurs. A l'heure actuelle, les projets de prévention sont soutenus par Promotion Santé Suisse, le Fonds de prévention du tabagisme et la dîme de l'alcool.

Comment intégrer la prévention dans le domaine des soins

Mais, concrètement, comment intégrer la prévention et la promotion de la santé dans les soins ? En collaboration avec des acteurs de ce domaine, des prestataires, des organismes de formation et d'autres groupes spécialisés, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) élabore des modèles de parcours santé individuels. Ces parcours permettent de mettre les personnes en relation, au bon moment, avec les bons professionnels. Ils sont dérivés du modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM), classique ou élargi. Le modèle classique, employé dans le traitement de ces maladies, vise à associer plusieurs domaines, de manière efficiente et adaptée aux besoins des patients.

Le modèle élargi quant à lui va un peu plus loin. Il relie plus systématiquement la prévention et la promotion de la santé au domaine des soins. Des équipes interprofessionnelles (comprenant en plus des acteurs extérieurs à la pratique clinique) y accompagnent les malades chroniques pour les aider à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans leur quotidien et concernant, par exemple, l'alimentation, la socialisation ou la mobilité. Ce suivi rapproché permet d'améliorer durablement la santé des personnes concernées et de détecter plus rapidement la démence et les problèmes psychiques ; de plus, il amène automatiquement les intéressés à jouer un rôle actif dans le traitement, ce qui accroît leur capacité d'autogestion et leur responsabilité individuelle.

Mettre en œuvre la stratégie MNT ne signifie pas réinventer la prévention. Mais dans les projets existants qui ont fait leurs preuves, il faudrait si possible mieux prendre en compte des facteurs de risque autres que ceux des MNT, tels que les problèmes liés aux addictions ou à la santé psychique.

Encourager l'interprofessionnalité et l'autogestion

Mieux intégrer la prévention dans le domaine des soins implique de modifier les exigences relatives à la formation initiale, la formation continue et au perfectionnement au sein du système de santé. L'évolution va dans le sens d'un enseignement et d'un apprentissage axés sur des équipes interprofessionnelles (plusieurs groupes professionnels intervenant ensemble). L'OFSP a entamé un dialogue avec les responsables des formations aux différents métiers de la santé, afin de définir avec eux les contenus et les compétences clés à transmettre. La participation et les offres de formation appropriées amèneront les patients à

modifier leur attitude face à la santé. L'association Réseau Evivo, par exemple, avec son cours « Devenir acteur de sa santé », s'adresse aux malades chroniques et à leurs proches, tandis que l'OFSP prévoit de mettre sur pied une plateforme de coordination destinée aux personnes intéressées par l'autogestion.

Utiliser l'eHealth, la mHealth et les données outcome

Le dossier électronique du patient constitue un élément central de la cybersanté (eHealth) censé faciliter la communication entre les prestataires de soins de base et ainsi la collaboration de tous les acteurs. Si les médecins, les hôpitaux et les pharmacies mettent les dossiers de leurs patients à disposition dans un système utilisé par tous, cela permet, lors d'un traitement ultérieur, d'y avoir accès plus rapidement et d'intégrer les résultats dans le plan de traitement. Précisons que les patients conservent le pouvoir de disposer de leurs données et des droits d'accès à leur dossier. D'autres plateformes de cybersanté sur des thèmes relevant de la prévention et en lien avec le dossier électronique du patient sont prévues (par ex. EviPrev, un programme

qui n'existe pour l'instant que sur le papier et qui vise à encourager la promotion de la santé et la prévention dans les cabinets médicaux). Les outils de la santé mobile (mHealth), tels que les applications santé et les appareils de recueil numérique de données, sont très intéressants pour le traitement et le suivi des maladies chroniques. Ils facilitent notamment les interventions en urgence, par exemple, quand ils constatent et indiquent à distance une chute de la glycémie.

Les données obtenues par les outils de la cybersanté et de la santé mobile peuvent servir à établir des profils de santé et à détecter plus rapidement les risques et les réduire. Les résultats (données outcome) des différents programmes et projets permettent de mieux connaître la population, de façon à poser les bases nécessaires au développement de nouvelles approches et de nouveaux modèles.

Se fonder sur l'expérience pour construire l'avenir

Concernant l'intégration des mesures de prévention dans le domaine des soins, les expériences effectuées jusqu'ici s'avèrent prometteuses. Les personnes

atteintes d'une maladie chronique peuvent ainsi mieux gérer leur maladie et celles qui présentent un risque élevé deviennent capables de le réduire. Toutes ont également la possibilité de participer aux décisions relatives à leur traitement et de contribuer à éviter des complications. Elles devront être davantage suivies par des équipes interprofessionnelles, composées de médecins et d'autres professionnels de la santé. Le but est d'améliorer leur qualité de vie, de soulager le système de santé à moyen et à long termes, et de réduire sensiblement les coûts de la santé.

Contact :
Alberto Marcacci
Responsable Section Prévention
dans le domaine des soins
alberto.marcacci@bag.admin.ch

D'après l'OMS, la prévention permettrait d'éviter, ou du moins de retarder, plus de la moitié des maladies chroniques. En Suisse, ces maladies touchent 2 millions de personnes. Les coûts directs occasionnés s'élèvent à 51,7 milliards de francs par an (80 % des dépenses de santé) une tendance à la hausse qu'il faut stopper. Certes, les programmes nationaux de prévention (alcool, tabac, alimentation, activité physique), associés aux projets des ONG, des prestataires de santé et des associations régionales et nationales, portent leurs fruits. La stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles de la Confédération, des cantons et de Promotion Santé Suisse est cependant nécessaire.

En 2013, les ressources allouées à la prévention en Suisse ne représentaient que 2,2 % des coûts du système de santé (1,54 milliard de francs), contre 3,1 % en moyenne dans l'OCDE. Ce montant a été financé par des privés (37 %), par les assurances sociales (23 %) et par les pouvoirs publics (39 %). Pour freiner la hausse des coûts à la charge du système de santé et réduire les souffrances dues aux maladies non transmissibles, le Département fédéral de l'intérieur augmente progressivement, dès cette année, le supplément de la prime d'assurance-maladie. Ainsi, les maladies psychiques pourront être détectées et traitées plus rapidement, la santé des personnes âgées sera préservée et la prévention renforcée dans le domaine des soins car c'est l'endroit idéal pour aborder les personnes concernées.

Les mesures de la stratégie seront appliquées selon trois grands axes : « promotion de la santé et prévention destinées à la population », « prévention dans l'économie et le monde du travail » et « prévention dans le domaine des soins ». Ce numéro de « Spectra » est consacré au dernier volet. La stratégie permettra de poursuivre et de compléter le précieux travail déjà accompli en matière de prévention des maladies chroniques et de freiner la hausse des coûts. Les organisations actives dans le domaine de la prévention souhaitent resserrer leur collaboration et harmoniser leurs activités. Mais il faut aussi laisser la place à de nouveaux projets prometteurs, tels que ceux présentés ici.



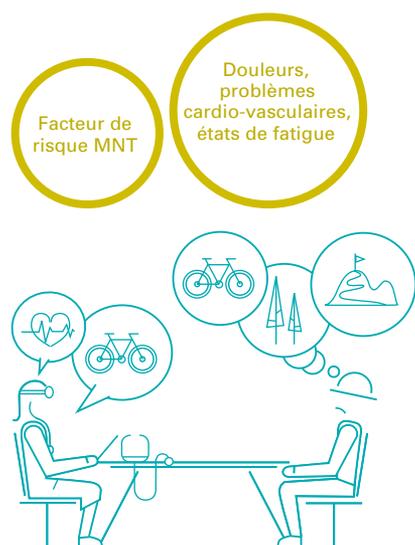
Eva Bruhin
Responsable
Section Stratégies de prévention

Infographie

Projet pilote « Girasole »

Girasole est un projet pilote élaboré par le canton du Tessin et l'OFSP. Son principal objectif est de promouvoir un changement de comportement chez les patients qui présentent des facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabagisme, consommation excessive d'alcool, sédentarité) en lien avec les MNT avec un accent particulier sur la promotion de l'activité physique. Les deux techniques d'intervention utilisées par les médecins de premiers recours, l'entretien motivationnel et la décision partagée, permettent d'améliorer la qualité des échanges avec le patient. Cette démarche permet à la fois de motiver, accompagner et encourager les patients qui souhaitent adopter un style de vie plus sain et d'autre part de renforcer leurs connaissances et leurs compétences pour une meilleure autogestion de leur santé.

Confirmation du risque pour la santé dû à la sédentarité



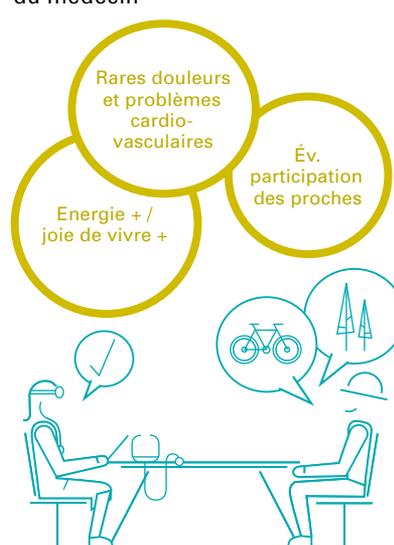
- Premier entretien médecin/patient (de motivation ou de coaching)
- Elaboration d'un programme d'activité physique tenant compte des capacités et des ressources de la personne et intégrant des offres accessibles au public via le répertoire d'offres d'activités physiques développé spécifiquement pour le projet-pilote

Motiver la personne à bouger : coaching par le médecin



- La personne pratique une activité
- Le médecin mène 2 à 3 entretiens de coaching pendant la durée de l'intervention
- La personne en traitement renforce sa culture sanitaire et son aptitude à se prendre en main

L'activité physique est intégrée au quotidien : fin de l'intervention du médecin



- La personne intègre l'activité physique au quotidien (changement durable de comportement) ; elle réduit ainsi son risque de maladies non transmissibles ou prévient la dégradation de son état
- Le médecin met fin à l'intervention mais continue d'encourager le patient lors de consultations ultérieures

Coaching santé au Tessin – le projet pilote « Girasole »

Depuis octobre 2016, le canton du Tessin recrute les premiers patients dans le cadre du projet-pilote Girasole. Ce projet-pilote, soutenu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour une durée de 2 ans, a pour objectif de diminuer les facteurs de risque en lien avec les maladies non transmissibles auprès des patients adultes qui consultent leur médecin de premier recours. L'activité physique y est définie comme un facteur clé. Au cœur de cette intervention se trouve l'entretien motivationnel. Ce projet-pilote s'inscrit dans le contexte de la nouvelle stratégie nationale Prévention maladies non transmissibles (stratégie MNT) adoptée par le conseil fédéral en avril 2016.

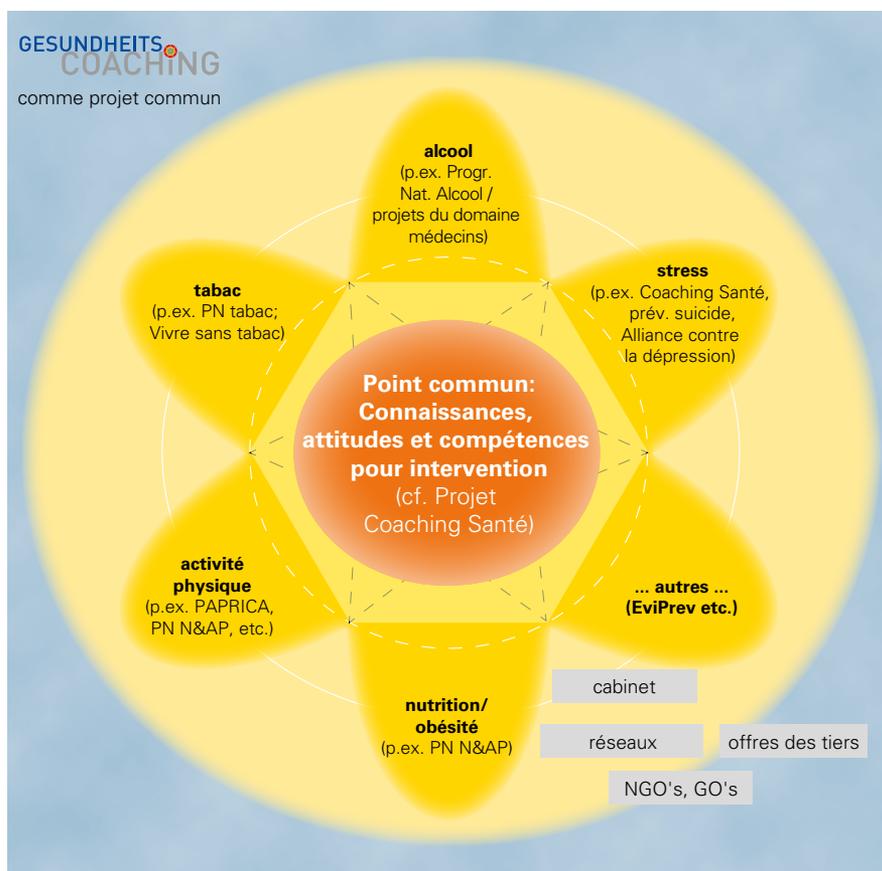
Le projet-pilote Girasole a comme principal objectif de promouvoir un changement de comportement chez les patients qui présentent des facteurs de risque (alimentation déséquilibrée, tabagisme, consommation excessive d'alcool, sédentarité) en lien avec les MNT avec un accent particulier sur la sédentarité. En effet, si l'on se réfère aux résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012, la population adulte tessinoise apparaît comme moins active physiquement que la moyenne suisse (60,8 % contre 72,5 %). Le canton du Tessin, avec le soutien de l'OFSP, a choisi de promouvoir les cabinets de médecine de premier recours comme lieu privilégié pour encourager les patients tessinois à bouger d'avantage et à adopter des comportements favorables à leur santé.

Une formation au service de la relation patient-médecin

La motivation du patient est un facteur déterminant dans ce contexte. Le projet-pilote Girasole s'est ainsi appuyé sur l'expérience et le soutien des programmes existants « Coaching Santé » du Collège de médecine de premier recours (CMPR) et PAPRICA¹ (Physical

Activity Promotion in Primary Care). Ces deux programmes, basés sur l'entretien motivationnel, ont été combinés et adaptés au contexte tessinois pour offrir aux médecins une formation unique qui leur fournit les outils nécessaires pour favoriser le changement de comportement de leur patient, en particulier pour ce qui concerne la promotion de l'activité physique. Un répertoire d'activités physiques couvrant l'ensemble des offres existantes du canton du Tessin a, pour ce faire, également été établi et est mis à disposition des médecins et des patients. Le « coaching santé » a un rôle de catalyseur pour introduire des mesures préventives visant l'ensemble des facteurs de risque en lien avec les MNT, c'est pourquoi il a été placé au cœur du modèle de base « Girasole » (tournesol en italien) – d'où aussi le nom du projet. PAPRICA apparaît dans ce contexte comme la pétale du tournesol qui va permettre de favoriser la promotion de l'activité physique au sein du cabinet.

La redistribution des rôles dans la relation médecin-patient est un des aspects fondamentaux dans le projet-pilote Girasole. Le patient devient l'acteur principal dans la gestion de sa santé, tandis que le médecin le guide et l'accompagne, devenant en quelque sorte son coach. Ensemble ils définissent l'intervention la mieux adaptée aux ressources et aux besoins du patient et les buts que celui-ci souhaite atteindre à court et moyen termes. Les deux techniques d'intervention utilisées dans le cadre du « coaching santé », l'entretien motivationnel et la décision partagée, permettent d'améliorer la qualité des échanges avec le patient. Des études ont à ce titre démontré que les patients s'engagent plus volontiers dans un projet où le médecin les coache que lorsque ce dernier se contente de leur donner une prescription. Par le savoir-faire transmis dans le cadre de ce projet-pilote, l'objectif recherché est, d'une part, de revaloriser les compétences et le rôle des médecins de premier recours au travers de leur capacité à motiver, à accompagner et à encourager



leurs patients qui souhaitent adopter un style de vie plus sain, et d'autre part, de renforcer les connaissances, les compétences et les ressources des patients pour une meilleure autogestion de leur santé. Après avoir mis au point le programme de formation continue en collaboration avec les responsables du « Coaching Santé » et de PAPRICA ainsi qu'avec un groupe de généralistes tessinois, le Service de promotion et d'évaluation sanitaire (SPVS) du canton du Tessin a organisé une première formation les 15 et 16 septembre 2016 pour les 19 généralistes tessinois disposés à participer au projet. Les premiers patients ont été recrutés début octobre 2016.

Evaluation du projet

Une évaluation du projet-pilote entre 2016 et 2018 sera menée par Interface

Politikstudien Forschung Beratung de Lucerne en collaboration avec l'Ecole universitaire professionnelle de la Suisse italienne (SUPSI) de Lugano. Les résultats devront notamment fournir :

- des indications sur la méthodologie des interventions, la formation continue des médecins, leur satisfaction et celle des patients (aspect qualitatif) ;
- des chiffres relatifs à l'accompagnement des patients et à l'impact sur les changements de comportement (aspect quantitatif) ;
- une analyse du coût des interventions (aspect économique).

L'objectif est qu'au moins 15 des 19 médecins participants au projet accompagnent chacun environ 20 patients pendant six mois. Le recueil des données consistera en deux enquêtes écrites menées auprès de ces deux groupes de personnes. L'évaluation portera également sur les listes de patients remplies par les médecins et sur les fiches de travail utilisées pour le coaching. Un premier rapport intermédiaire sur l'évaluation est attendu au deuxième trimestre 2018.

Contact :
Antoine Bonvin
Section Prévention
dans le domaine des soins
antoine.bonvin@bag.admin.ch



¹ La gestion du programme PAPRICA est faite par les acteurs suivants : la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich, le CPMP, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, la Société suisse de médecine du sport et les ligues de santé. Le bureau est actuellement rattaché au CMPR.

Un compromis intelligent entre inactivité totale et sport intensif

« **Activdispens** ». Être dispensé de sport et actif malgré tout ? « **Activdispens** » est un projet innovant destiné aux élèves qui, selon les médecins et les enseignants de sport, sont temporairement dans l'incapacité de participer aux cours d'éducation physique habituels. Il propose à la place un programme qui favorise la guérison. Lancé en 2013 par le Schweizerische Arbeitsgruppe für Rehabilitationstraining (SART) et l'Association suisse d'éducation physique à l'école (ASEP), il est soutenu par l'hôpital universitaire pour enfants des deux Bâle et l'Office fédéral de la santé publique.

L'idée de base du projet « **Activdispens** » (dispense active) est d'intégrer activement les élèves partiellement dispensés dans les cours d'éducation physique. Très souvent, la dispense totale de sport durant une maladie est contraire aux connaissances actuelles et aux expériences faites en médecine du sport. Une dispense médicale suggère à tort aux enfants qu'une attitude passive est préférable et que l'activité physique risque de contrarier la guérison. Le programme d'exercices prévu par le projet montre aux enfants qu'il existe un compromis intelligent entre inactivité totale et sport intensif. Ce compromis est nécessaire, car il permet à l'enfant de se sentir mieux dans son corps et de découvrir ce qui est bon pour sa santé.

Collaboration interprofessionnelle

Le projet est le fruit d'une étroite collaboration entre médecins, enseignants de sport et physiothérapeutes. En 2013, dans le cadre d'une analyse des besoins, un premier questionnaire a été envoyé à 2600 membres de trois sociétés médicales suisses et un second à 4000 enseignants de sport de l'ASEP dans les écoles. Ensuite, un formulaire de dispense partielle destiné aux médecins a été développé à partir des réponses reçues. Couvrant les besoins des deux groupes professionnels, ce formulaire garantit que des activités ou des mouvements incorrects n'aggraveront pas les blessures des jeunes et n'en provoqueront pas de nouvelles. Ce programme d'entraînement a été mis au point sous la responsabilité des phy-

Cette vue d'ensemble n'existe encore qu'en allemand. Les exercices sont montrés en détail sur le site internet www.activdispens.ch en français, italien et anglais aussi.

siothérapeutes qui, en tant que spécialistes du mouvement, ont pris en compte les besoins des enseignants de sport, des médecins et des jeunes blessés. Le résultat de ce concept interdisciplinaire est une liste d'exercices qui aide les enseignants, simplement et sans longue préparation, à intégrer activement les élèves dispensés dans les cours d'éducation physique à l'école.

Une meilleure acceptation grâce à une stratégie ascendante

Le fait que les groupes professionnels concernés ne soient pas les seuls à bien accueillir l'interdisciplinarité est illustré par l'exemple d'un élève du gymnase d'Oberwil (BL) : quand l'enseignant de sports lui a dit que le programme avait été mis au point spécialement par des physiothérapeutes, son scepticisme initial s'est mué en enthousiasme. Le projet a nécessité et nécessite toujours un grand engagement de la part des initiateurs qui appliquent une stratégie ascendante. La motivation doit venir de la personne elle-même et non

pas être imposée d'en haut. Le programme ne pourra s'étendre et se maintenir à long terme que si tous les groupes professionnels impliqués participent concrètement à son développement. « **Activdispens** » a bénéficié de subventions de l'Office fédéral du sport (OFSP), ce qui permet, entre autres, de répondre à la demande croissante et de gérer son élargissement.

Le projet n'en est qu'à ses débuts, mais il est déjà bien apprécié, comme en témoigne sa mise en œuvre dans les cantons de Fribourg, des Grisons et de Zoug aux degrés secondaires I et II. Il va également être introduit dans celui de Bâle-Ville, et plus de 80 écoles l'appliquent déjà dans toute la Suisse. D'après Claudia Diriwächter, vice-présidente du SART et co-auteur du concept, « **Activdispens** » se trouve pourtant encore en phase de lancement. Des évaluations sont prévues par la suite ; elles permettront de déterminer ses effets positifs, par exemple selon des critères tels que l'accélération de la guérison ou la diminution des absences. Christoph

Wechsler, également co-auteur, enseignant de sport et responsable de la formation continue à l'ASEP, juge souhaitable de promouvoir auprès des médecins l'usage du formulaire de dispense partielle, même si celui-ci est de plus en plus souvent distribué dans les écoles. Il faudrait continuer à y présenter le concept, raison pour laquelle d'autres formations sont prévues pour les enseignants de sport.

La prévention reste au cœur du projet

« **Activdispens** » vise à sensibiliser les jeunes à la façon dont ils peuvent eux-mêmes prendre en charge leur santé. Cette autogestion constitue un outil qui leur permettra de mener plus tard une vie saine et à même de prévenir de nombreuses maladies chroniques. Le programme, qui existe en français, en allemand et en italien, a obtenu un prix de la Société suisse de médecine du sport. Une application personnalisable, ainsi que la traduction en anglais et en romanche, sont en cours de développement afin de pouvoir proposer « **Activdispens** » dans toute la Suisse et à l'étranger. Ces deux nouveautés étaient attendues pour fin 2016.

Lien : www.activdispens.ch

Contact :
Kathrin Favero,
Section Promotion de la santé
et prévention,
kathrin.favero@bag.admin.ch



«La pression économique et la charge administrative croissante ont lai

Cet entretien illustre le positionnement de la FMH face aux défis inhérents au changement de paradigme qui se dessine dans le système de la santé, à savoir l'intégration de la prévention dans les soins de santé, le réseautage croissant entre les professions de la santé et les conséquences actuelles et futures pour la profession de médecin. De nouvelles exigences s'ajoutent-elles à celles existantes ? Comment la formation évoluera-t-elle dans les cinq, dix prochaines années ? Quels sont les enjeux financiers ? M. Quinto répond à ces questions et nous expose les axes centraux de son mandat. Il nous dit aussi quelles difficultés et quelles opportunités se profilent.

spectra: Depuis avril 2016, vous représentez la prévention au sein de la FMH. Quelle est votre vision sur ce thème ? Y a-t-il un aspect auquel vous souhaiteriez accorder davantage d'attention ?

Carlos Beat Quinto: Nous sommes élus au Comité central de la FMH en tant que représentants du corps médical. Ce dernier est donc toujours intégré dans nos réflexions. Je travaille en qualité de médecin de famille et suis également actif, depuis longtemps, dans le domaine de la santé publique. Aussi puis-je présenter au Comité central les préoccupations et les points de vue de ces deux secteurs. C'est certainement l'une des raisons pour lesquelles on m'a sollicité. Je me considère comme un bâtisseur de ponts entre la médecine générale et la santé publique, c'est-à-dire entre la perspective individuelle, la médecine se rapportant à chaque patient, et la perspective collective, se référant à la population dans son ensemble. La communication entre ces deux domaines peut être améliorée. Tant le corps médical que la santé publique auraient beaucoup à y gagner.

J'accorderai une grande attention à la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT).

Notre interlocuteur

Spécialiste FMH en médecine interne générale et titulaire d'un master en santé publique, Carlos Beat Quinto représente, depuis avril 2016, la santé publique et les professions de la santé au sein du Comité central de la FMH. Il travaille dans un cabinet de groupe à Pflönggen (BL). Chargé de cours au Centre universitaire de médecine de premier recours des deux Bâle, il exerce également en tant que Senior scientific collaborator à l'Institut tropical et de santé publique Suisse (Swiss TPH). M. Quinto vit à Bâle. Il est marié et père d'un fils adulte.

Le dialogue, la participation et la responsabilisation ne doivent pas être négligés et ce, au sens de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986. Ce constat vaut aussi pour toutes les personnes œuvrant dans le domaine de la santé puisque la consultation relative à la stratégie était justement de grande envergure. Concernant les sujets qui touchent aux professions médicales et à celles de la santé, il faudrait intégrer les groupes professionnels intéressés à l'ensemble du processus, c'est-à-dire du développement du projet à sa poursuite durable en passant par sa mise en œuvre. La planification des mesures entrera bientôt dans sa phase concrète et les parties prenantes exprimeront leur avis.

Qu'attendez-vous des milieux politiques, de la Confédération et des patients ?

Aucun médecin ni professionnel de la santé n'est représenté depuis 2012 au sein de la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et cela pose problème tant aux médecins qu'aux personnes œuvrant dans le domaine de la santé publique. Cette situation complique les échanges et les liens avec les professions médicales et celles de la santé, ainsi qu'avec les professionnels de la santé publique.

J'attends des milieux politiques qu'ils s'engagent davantage pour la transparence et qu'ils aient une vue d'ensemble à long terme. Je me permets de parler ici également au nom de la formation, qui me tient aussi particulièrement à cœur. Depuis les années 90, les inégalités sociales ne cessent de se creuser en Suisse. Cela m'inquiète. Une politique de la santé et de la formation appropriée permettrait d'atténuer ce problème, pour autant que les autres secteurs politiques en tiennent aussi compte.

La Confédération et l'administration se trouvent dans une situation délicate. Je souhaite que tous les acteurs soient pris au sérieux et que les connaissances empiriques soient dûment prises en compte, notamment lors de la conception et de la concrétisation des activités des autorités. Je souhaite à l'administration qu'elle mène à bon port des projets efficaces, qui placent l'être humain au centre, conformément à la devise de la stratégie MNT. Nous autres, médecins, appliquons cette devise depuis plus de 2000 ans.

En ce qui concerne les patients, je souhaite qu'ils s'engagent activement en faveur de leur santé, selon leurs possibilités.

Vu la hausse des cas de maladies non transmissibles et celle des coûts qui en résultent, une intervention s'impose concernant les soins de santé. Nombreux sont ceux qui aimeraient que la prévention soit davantage intégrée dans les soins de santé. Qu'en pensez-vous ?

Je trouve cette idée très judicieuse. Je l'applique au quotidien. Lors d'une

consultation, le médecin de famille aborde toujours plusieurs préoccupations du patient. Des aspects relatifs à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic, à la thérapie, à la réadaptation et aux soins palliatifs entrent en ligne de compte en fonction de la situation. Traiter ces différents aspects dans des consultations séparées n'est pas optimal. La consultation doit, en toute connaissance de cause, être adaptée aux problèmes actuels du patient. Les traitements ne sont pas exclusivement réalisés dans le cabinet, mais au sein d'un vaste réseau, même en dehors du cadre de la LAMal. Dans la région de Bâle, où je travaille, nous avons, par exemple, l'organisation de promotion de la santé « Gsünder Basel ». Elle propose des programmes d'activité physique à bas seuil dans des parcs publics. Nous lui adressons les patients. Des approches fondamentales en termes de conseil et de consultation, comme l'entretien motivationnel (motivational interviewing) et la prise de décision commune (shared decision making) sont nécessaires et méritent d'être encouragées.

Je souhaite que tous les acteurs soient pris au sérieux et que les connaissances empiriques soient dûment prises en compte, notamment lors de la conception et de la concrétisation des activités des autorités.

Les approches interprofessionnelles sont-elles abordées dans la formation et la formation continue ? Qu'en sera-t-il à l'avenir ?

L'approche interprofessionnelle fait partie de mon quotidien depuis des années. Cela va de soi pour moi. L'association professionnelle Médecins de famille Suisse a lancé une formation postgrade qui vise à encourager, à partir de l'année prochaine, la communication entre les médecins de famille et les autres groupes professionnels. L'interprofessionnalité demande du temps pour communiquer et instaurer la confiance.

La pression économique et la charge administrative croissante dans les secteurs stationnaire et ambulatoire lui ont laissé peu de place ces dernières années. C'est peut-être la raison pour laquelle cette approche est de nouveau perçue comme un problème.

Par ailleurs, nous avons toujours plus affaire à des investisseurs financiers. Dans certains hôpitaux, établissements médico-sociaux (EMS), réseaux de cabinets médicaux et de pharmacies, ce ne sont plus les professionnels médicaux qui commandent, mais les investisseurs. Ceux-ci ne sont pas tenus de respecter les normes de qualité des organisations professionnelles concernées et attendent de la rentabilité. Pour la FMH, il s'agit d'un problème crucial.

Il n'existe que peu d'offres de formation communes avec les professions des soins. Le problème principal se trouve ailleurs : il est indispensable d'être respectueux envers le personnel soignant. On rencontre des problèmes dans les EMS dont les directeurs n'ont pas suivi de formation dans le domaine des soins et où l'on observe une forte fluctuation du personnel. En tant que médecin de famille, j'estime qu'il est fondamental que ces entités disposent d'infirmiers compétents en nombre suffisant, travaillant de nombreuses années en leur sein et sur lesquels je puisse compter.

Une grande partie de la formation et de la formation continue en médecine a lieu dans les hôpitaux. Les contrats et les conditions de travail marquent le rapport aux soins dans ces institutions. Il est donc important d'observer précisément ce qu'il s'y passe. On entend par « interprofessionnalité instaurée » des équipes constantes, interdisciplinaires qui collaborent sur un pied d'égalité. Ceci requiert d'avoir du temps pour communiquer et instaurer la confiance. Or le temps est précieux. Cet engagement n'est pas immédiatement payant. Ce n'est que plus tard que les efforts porteront leurs fruits.

Personne ne peut être contraint d'adopter un style de vie plus sain. Le patient ne se montre peut-être pas raisonnable non plus. Comment traiter ce type de cas à l'avenir ? Quelle importance la prise en charge interprofessionnelle, mais aussi les proches ont-ils dans ce contexte ?

Nous ne pouvons pas, d'un côté, attendre des habitants de ce pays qu'ils agissent en ayant toujours plus conscience de leurs responsabilités et, de l'autre, se contenter, sur le plan politique, d'une politique de prévention structurelle faible, en décalage avec les défis actuels. Il n'est pas éthique de dire à quelqu'un qu'il ne doit pas fumer tout en agitant, pour des raisons purement commerciales, un paquet de cigarettes sous le nez des jeunes lors de manifestations. Les patients qui ne se montrent pas raisonnables se trouvent souvent dans une situation ambivalente. Encouragez [c.-à-d. l'OFSP, n.d.l.r.] avec nous l'entretien motivationnel, par exemple dans le cadre du « Coaching Santé » !

Les campagnes de prévention jouent un rôle essentiel, mais leur financement n'a rien à voir avec les fonds que l'industrie injecte dans ses publicités. Les moyens financiers mis à disposition dans le cadre de la campagne SmokeFree permettent, cependant, de faire du très bon travail. Pour les patients, les proches peuvent être tant une ressource qu'un poids. Les proches aidants oscillent fréquemment entre surmenage et mauvaise conscience parce qu'ils doivent mener de front travail et famille. Ils ont besoin d'offres d'aide et de conseil, comme le groupe de soutien « Proches aidants ». Mais, que se passera-t-il lorsque les DINKs (Double income, no kids, c.-à-d. les couples sans enfant ayant deux revenus) partiront à

«... laissé peu de place à l'interprofessionnalité ces dernières années.»



la retraite ? Qui leur fournira les soins dont ils ont besoin alors que le nombre de proches diminue rapidement ? Dans ce contexte, j'aimerais ajouter quelques mots sur les compétences en matière de santé. Premièrement, c'est la formation qui contribue le plus à l'acquisition de compétences en matière de santé. Deuxièmement, les informations doivent être indépendantes et de bonne qualité. A défaut, elles devraient au moins être clairement référencées. Troisièmement, une marge de manœuvre est nécessaire. Les connaissances et l'accès aux informations ne suffisent pas, il faut pouvoir en faire quelque chose. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, l'autogestion nous amène à faire endosser la responsabilité politique à quelqu'un d'autre ou, pour le dire autrement, à blâmer les victimes.

Comment peut-on structurer ou améliorer la prévention en matière de dépistage précoce de la dépression dans les cabinets médicaux ou de dépistage des maladies psychiques (et/ou de la démence) dans les EMS ?

Au début des années 90, la FMH a lancé, dans les cabinets médicaux, une campagne nationale de formation postgrade (fondée sur l'étude Gotland) sur la prévention du suicide, qui a duré plusieurs années. Celle-ci n'a rien perdu de sa validité. Il conviendrait juste de l'adapter aux évolutions actuelles afin qu'elle puisse être intégrée dans la formation et la formation continue. Cette question est d'ailleurs régulièrement abordée dans les congrès.

C'est avant tout au niveau de la formation postgrade que nombre de démarches sont entreprises pour intégrer des mesures préventives de dépistage précoce des dépressions ou des maladies psychiques. Pour ce qui est de la forma-

tion continue, tout dépend du diplôme visé. Les personnes intéressées ne doivent toutefois pas réinventer la roue. Ils peuvent prendre contact avec la FMH, qui possède les documents nécessaires à cet effet. Christine Romann, à laquelle j'ai succédé, est psychiatre. Aussi la FMH n'a-t-elle certainement pas négligé ce domaine.

Le dossier électronique du patient présente l'avantage d'améliorer la communication entre les fournisseurs de prestations de sorte que le traitement subséquent puisse se dérouler de manière complète et efficace. Pensez-vous qu'il comporte également des inconvénients et des risques ?

Je ne suis pas vraiment compétent pour m'exprimer sur ce sujet. En effet, à la FMH, cette question est du ressort du Département Numérisation et eHealth, dirigé par Yvonne Gilli. Par ailleurs, un groupe de travail interprofessionnel, constitué d'autres organisations de la santé, se penche sur ce thème.

Je peux simplement dire que les aides électroniques suppriment uniquement les obstacles techniques et qu'il ne faut donc pas les surestimer. Elles n'ont, jusqu'ici, pas amélioré ni altéré les compétences-clé, c'est-à-dire l'entretien entre le médecin et les patients et la qualité des relations thérapeutiques. Aucun document supplémentaire dans ledit dossier ne permet de les illustrer.

Actuellement, le plus grand risque réside dans le fait que la structure du dossier électronique du patient ne tient encore pas assez compte de la pratique. Je compte beaucoup à cet égard sur le groupe de travail interprofessionnel « Dossier électronique du patient » (IPAG DEP).

Plus généralement, la sécurité des données est une préoccupation majeure. Le constat

est le même dans l'Union européenne et aux États-Unis : les données médicales ne sont pas sûres lorsqu'elles doivent être disponibles rapidement et simplement à plusieurs endroits différents.

Quelle importance accordez-vous aux instruments numériques (mHealth, eHealth) ?

Idéalement, ils offrent une plus grande autodétermination aux patients et optimisent les possibilités de communication, indépendamment du lieu et de l'heure. L'utilisateur joue un rôle déterminant puisque lui seul sait si une telle application lui convient ou non.

Ces outils permettent aux fournisseurs de prestations d'effectuer plus rapidement des recherches et de parvenir à de meilleurs résultats. La mise en réseau avec les collègues spécialistes s'en trouve aussi améliorée.

Mais que dire du self tracking (automesure) via les applications dédiées à la santé ? Seules 20 % d'entre elles ont une charte de confidentialité. De plus, nous ne savons pas ce qu'il advient des données, après qu'elles sont stockées dans un cloud quelconque. La validité des résultats des mesures peut aussi être remise en question. Il n'est possible de déterminer clairement qui se cache derrière une application que pour 30 % d'entre elles.

D'aucuns pensent qu'il faudrait une ordonnance sur les produits pour certaines applications dédiées à la santé. La FMH pourrait soutenir ce projet en fonction de sa teneur. Nous interviendrions, bien évidemment, en cas de questions éthiques et juridiques. Ce sont plutôt les entreprises spécialisées qui s'investissent dans le développement d'applications et se confrontent au contenu. Les cardiologues sont, par exemple, associés à la création d'une application destinée aux patients de cardiologie.

On attend de l'intégration de la prévention dans les soins de santé qu'elle rende, à long terme, le système de santé plus efficace et que la santé de la population s'améliore durablement. La première étape consiste, cependant, à rechercher et à créer des possibilités de financement. Dans quels secteurs estimez-vous qu'il existe des besoins financiers ? Pensez-vous que des possibilités de financement n'ont pas été explorées, ou alors insuffisamment ? Si oui, dans quels domaines ?

S'agissant de la formation, de la formation continue et postgrade ainsi que du « Coaching Santé », une possibilité de financement devrait déjà avoir été trouvée dans le cadre des programmes d'encouragement, par exemple avec les associations professionnelles, sur une base publique commune.

En règle générale, il importe d'observer le quotidien des médecins. Nous fournissons, d'une part, une prestation intellectuelle les entretiens avec les patients – et, d'autre part, une prestation « artisanale », car nous faisons appel à des aptitudes, à des compétences et à des techniques d'examen. À ceci s'ajoutent des prestations techniques nécessitant l'usage d'appareils. Ces trois types de prestations font partie des activités médicales de prévention. Ces prochaines années, le personnel médical et infirmier sera vraisemblablement moins nombreux. Une journée ne compte que 24 heures. Aussi devons-nous décider quelles méthodes (promouvant la santé, préventive, diagnostique, thérapeutique, de réadaptation ou de soins palliatifs) ou quelle combinaison de méthodes adaptée aux besoins du patient sont le plus efficaces. Compte tenu des ressources limitées en personnel, il n'y aura pas d'augmentation notable du volume. Pour ce qui est du financement, ces prestations pourraient être incluses dans les positions générales. Les groupes professionnels œuvrant dans le système de santé devraient, en toute connaissance de cause, se décider, avec le patient, à prendre des mesures préventives.

Avez-vous quelque chose à ajouter, un aspect qui vous tient à cœur ?

Je me considère comme un bâtisseur de ponts entre la médecine individuelle et la médecine générale. L'union fait la force. Cela demande du respect et de la confiance. C'est en ce sens que j'espère que la collaboration sera fructueuse. Les vents contraires étant suffisamment violents, il serait bénéfique à la santé publique que nous fassions cause commune.

La version intégrale de cet interview peut être consultée sur le site internet www.spectra-online.ch.

Même une consommation de cigarettes très modeste a un impact sur la santé

Cinq questions au professeur

Jacques Cornuz. Le directeur de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne est très engagé dans l'enseignement et la recherche, et spécifiquement dans le domaine de la désaccoutumance au tabac. Nous l'avons interrogé sur les interventions courtes pour arrêter de fumer.

L'arrêt du tabagisme a un effet positif sur le corps et il améliore la qualité de vie. La campagne de prévention actuelle Smoke-Free thématise l'arrêt. Que conseillez-vous à vos patients qui souhaitent arrêter de fumer ?

Je rappelle à mes patients l'importance d'anticiper les situations à risque de rechute telles que la présence d'autres fumeurs dans un cadre festif, l'association avec la consommation de l'alcool et la gestion des émotions. Je suis frappé de voir à quel point de nombreuses femmes rechutent en reprenant une cigarette à l'occasion d'une émotion négative (conflit interpersonnel par exemple) alors que les hommes ont plutôt tendance à rechuter pour gérer les émotions positives (victoire de leur club de sport préféré !).

J'aborde également la gestion du stress ; de nombreux fumeurs pensent que la cigarette est une bonne réponse au stress. Je leur rappelle que la cigarette n'est pas une réponse au stress ! Chez un fumeur qui n'a pas fumé depuis 20 à 30 minutes et doit faire face à une situation stressante, cette situation va abaisser son seuil de résistance au manque de nicotine et, en prenant une cigarette, il se sentira soulagé. En fait, le tabac n'est donc pas une réponse au stress mais une réponse au manque de nicotine perçue de manière aiguë à l'occasion d'une situation stressante !

Enfin, j'aborde la question de la prise de poids en la relativisant et en expliquant les différents moyens de l'atténuer. Tout ceci se fait dans le cadre d'une relation empathique avec le recours à l'entretien motivationnel.

L'arrêt complet est la meilleure solution, alors que réduire le nombre de cigarettes n'apporte pas grand chose. Est-ce que cette information est transmise aux patients ? Ou faudrait-il en faire plus ?

Des données épidémiologiques solides ont clairement montré que le « petit » fumeur, celui qui fume entre une et cinq cigarettes par jour, a une augmentation nette du risque de développer un cancer du poumon ou une maladie cardio-vasculaire. Nous rappelons donc aux fumeurs que même une consommation très modeste a un impact sur la santé. Ceci est malheureusement peu connu, parfois même des médecins !

L'arrêt du tabagisme est traité dans le cadre de la formation des médecins. Alors pourquoi ceux-ci ne font-ils que peu d'interventions brèves dans pratique en cabinet ?

Si des données suggèrent que le médecin ne fait pas à chaque rencontre une intervention brève, cela ne veut pas pour autant dire qu'il n'aborde pas l'arrêt du tabac. A mes yeux, beaucoup de collègues rappellent l'importance d'arrêter le tabac dans le cadre d'une conversation qui n'est pas formellement décrite comme une intervention brève.

Par ailleurs, et c'est également le cas dans ma pratique clinique, on sait qu'il y a des patients qui ne veulent pas arrêter de fumer. Le respect de l'autonomie du patient nécessite de ne pas insister sur cette consommation ; cela risquerait de susciter de fortes résistances chez ces patients non motivés. Il ne faut ensuite pas sous-estimer les biais des enquêtes auprès des patients quand on leur pose la question sur l'attitude de leur médecin, en particulier le biais du rappel.

Enfin, il faut avouer que l'un des obstacles de la promotion de la désaccoutumance au tabac est la perception d'une faible efficacité individuelle. Rappelons que la probabilité est plus élevée que le patient rechute au terme du processus plutôt qu'il

ne soit un ex-fumeur ! En effet, dans le meilleur des cas, ce sont trois patients sur dix qui arrêtent de fumer douze mois après une intervention solide et planifiée. Cela signifie qu'environ 70 % des fumeurs ne parviennent pas à arrêter de fumer : ce n'est pas la médecine triomphante ! Cependant, nous savons que si la réussite n'est pas au premier rendez-vous, elle peut l'être par la suite et la plupart de mes collègues reprennent cette thématique plus tard, par exemple quelques mois après cette rechute.

Si des données suggèrent que le médecin ne fait pas à chaque rencontre une intervention brève, cela ne veut pas pour autant dire qu'il n'aborde pas l'arrêt du tabac.

En matière d'arrêt du tabagisme, est-ce que des changements ont été observés ces dernières années, qu'il s'agisse des attitudes des patients ou des médecins par rapport à l'arrêt, des difficultés du conseil, ou du nombre de patients consultant spécifiquement pour un arrêt ?

Au niveau des patients, l'environnement sans fumée (lois interdisant la fumée dans les lieux publics) a eu un impact sur la perception de l'impact du comportement du fumeur (externalité) motivant certains à arrêter de fumer. Du côté des médecins, on voit maintenant l'intérêt pour cette thématique chez les spécialistes, en particulier certains cardiologues, psychiatres et gynécologues, ce qui me réjouit.

A votre avis, que manque-t-il du côté de la politique, de l'administration, du corps médical ou des patients pour améliorer le conseil à l'arrêt et son impact ?

Du côté de la politique, il y a encore une nette marge de compréhension de l'im-

portance d'une interdiction totale de la publicité directe et indirecte favorisant une dénormalisation de ce produit et empêchant les jeunes à consolider leur consommation de tabac.

Du côté de l'administration, on peut espérer une augmentation du prix du paquet de cigarettes par l'imposition car il y a encore une marge pour cette mesure efficace de santé publique.

Du côté du corps médical, j'ai bon espoir que les nouvelles générations seront encore plus favorables à adresser de manière régulière la désaccoutumance au tabac avec leurs patients.

Du côté de ces derniers, il est crucial que ceux-ci prennent conscience que la substance nicotine à elle seule n'a pas d'effet sur leur santé organique (cancer, maladie circulatoire) et ne développe qu'une dépendance psychique et physique. Cela permettrait une meilleure compréhension de l'apport potentiel des médicaments et de la cigarette électronique pour l'arrêt ! En plus, il est crucial que les patients comprennent que l'arrêt complet est la meilleure solution pour leur santé.



A propos

Le Pr Jacques Cornuz est depuis 2011 directeur de la Policlinique médicale universitaire de

Lausanne et professeur ordinaire de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne. Il est titulaire d'un master en santé publique de l'Université de Harvard (Boston). À côté de son activité d'enseignant et de chercheur à Lausanne, Calgary et Fribourg-en-Brigau, il s'investit dans la prévention du tabagisme, domaine dans lequel ses recherches lui valent une reconnaissance mondiale.

Des passants racontent comment ils ont arrêté de fumer

D'après plusieurs enquêtes, il y aurait en Suisse près d'un million de personnes qui souhaitent arrêter définitivement de fumer. Des passants racontent dans des spots SmokeFree comment ils y sont parvenus. Certains moyens sont très personnels.

Les auteurs de la campagne SmokeFree se sont promenés dans les rues en demandant à d'anciens fumeurs de raconter comment ils ont arrêté de fumer : quelles ont été leurs plus grandes difficultés et qu'apprécient-ils le plus

dans leur vie sans tabac ? Les tentations ont-elles été importantes et le sont-elles encore ? Ils en ont tiré une série de spots vivants, qui donnent envie de franchir le pas. Les ex-fumeurs ont en outre la possibilité d'indiquer leurs astuces personnelles sur le site de SmokeFree. Ceux qui souhaitent soutenir directement leurs amis fumeurs peuvent le faire grâce à l'application SmokeFree Buddy.

Les médecins et le personnel de santé jouent un rôle primordial

De nombreuses personnes ont besoin d'être accompagnées par un profession-

nel. Les médecins de famille et les spécialistes du sevrage tabagique peuvent donner de bons conseils ; ils connaissent bien les thérapies comportementales et les aides médicamenteuses. De nombreux fumeurs se sont décidés à arrêter sur le conseil de leur médecin. La solution doit être adaptée à la situation de la personne et lui laisser une marge de manœuvre suffisante pour qu'elle trouve elle-même les arguments en faveur du sevrage et les stratégies envisageables pour y parvenir. En effet, comme le montre le sondage réalisé par SmokeFree, arrêter de fumer est une affaire très individuelle.

Lien : www.smokefree.ch

Contact : Simone Buchmann, Division Prévention des maladies non transmissibles, simone.buchmann@bag.admin.ch



Parler d'alcool en toute décontraction, sans frustration

La consommation excessive d'alcool engendre de grandes souffrances et coûte cher. Plus les problèmes d'alcool sont repérés tôt, plus il est facile de modifier un comportement addictif. En abordant la consommation d'alcool avec leurs patients, les médecins jouent un rôle crucial dans le dépistage. Toutefois, cette démarche ne s'improvise pas et ne va pas de soi.

L'abus d'alcool rend malade : aucun organe, ou presque, n'est épargné. Le foie et l'appareil digestif sont les plus fortement touchés. Un décès sur douze en Suisse est lié à la consommation d'alcool, ce qui représentait par exemple environ 1600 personnes, de 15 à 74 ans, en 2011. Et dans trois cas sur cinq, une consommation chronique élevée en est la cause.¹ L'abus d'alcool engendre, en outre, des coûts annuels de l'ordre de 4,2 milliards de francs.²

Parallèlement, 75 % de la population en Suisse déclare accepter les incitations à adopter un comportement sain.³ Les patients apprécient également que leur médecin aborde la consommation d'alcool, en particulier lorsque cela a à voir avec leur bien-être ou leur santé.⁴ Mais comment éviter que la discussion ne génère des frustrations ? Il suffit que les médecins soient motivés, qu'ils s'intéressent tout simplement à la consommation d'alcool de leurs patients et qu'ils réfléchissent, avec eux, à son impact sur le quotidien et sur la santé de ces derniers.

Dépistage

La consommation d'alcool est un plaisir pour la plupart des gens. Et il n'y a rien de mal à ça. Mais à partir de combien estime-t-on que c'est trop ? La Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL) a émis des repères concernant la consommation d'alcool et considère qu'elle présente peu de risques dans la configuration suivante : Les hommes adultes en bonne santé peuvent boire deux à maximum trois

verres standard d'alcool par jour, et les femmes, quant à elles, peuvent en consommer un à maximum deux par jour. En outre, de manière générale, il est conseillé de prévoir des jours sans alcool chaque semaine. Lors d'occasions spéciales plus arrosées, les hommes ne devraient pas boire plus de cinq verres, et les femmes, pas plus de quatre.

Plus une consommation d'alcool à risque est repérée tôt, plus il y a de chances d'adapter son comportement ou de réduire sa consommation.

Aborder la consommation d'alcool...

Le médecin peut envisager d'aborder ce sujet avec un patient à l'occasion d'un contrôle de routine, dans le cadre d'une discussion sur les habitudes de vie ou en cas de troubles pouvant (entre autres) être liés à une consommation d'alcool à risque.

L'attitude du praticien est déterminante pour le déroulement de l'entretien. Le patient est expert de son mode de vie et, en principe, concerné par son bien-être. Il est important que ce dernier se montre disposé en tout temps à aborder ce sujet. En règle générale, les patients apprécient que leur médecin parle avec eux de leur consommation d'alcool.

Il est possible de repérer, de manière simple et fiable, si un patient présente une consommation à risque en lui posant les trois questions de l'AUDIT-C (tableau 1).⁵

... et intervenir

Lorsque le médecin identifie une consommation à risque, il doit informer objectivement son patient sur les risques et les conséquences possibles ; il doit éviter tout discours moralisateur. Il est important de donner la possibilité au patient de remettre en question ses propres habitudes de consommation, de le laisser poser ses questions et d'y apporter des réponses. L'intervention brève se prête particulièrement bien dans le cadre du cabinet médical.⁶ En pratique, l'intervention brève consiste

Informations et campagnes



Il existe de nombreuses possibilités, tant pour les médecins que pour les patients, de s'informer sur les problèmes liés à l'alcool, par exemple sur www.praticien-addiction.ch (plus particulièrement pour les médecins et les spécialistes), sur www.addictionsuisse.ch ou sur www.safezone.ch.

La brochure « L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème » peut être téléchargée sur www.praticien-addiction.ch ou commandée, par courriel, auprès du secrétariat de l'Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP).

La campagne de prévention contre les problèmes liés à l'alcool menée par l'Office fédéral de la santé publique et ses partenaires informe de manière ludique sur les risques et les effets de l'alcool par un quiz disponible en ligne ou sur papier et incite à se poser la question : « Trop, c'est combien ? ». Les cabinets médicaux, les hôpitaux et toute autre organisation intéressée peuvent commander gratuitement le quiz. www.alcohol-facts.ch

en une série limitée d'entretiens courts. Elle s'inspire de l'entretien motivationnel et peut être structurée de manière très variée.

La brochure « L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème »⁷ fournit aux médecins non seulement des informations de base sur l'alcool, mais également des astuces concrètes pour aborder le sujet et mener l'intervention brève.

Mener une intervention brève motivationnelle

Pour mettre cette méthode en pratique, les médecins peuvent également suivre des formations continues. Un groupe de travail interdisciplinaire composé du Forum de médecine de l'addiction de Suisse orientale (FOSUMOS), du Collège de médecine de premier recours (Programme Coaching Santé), de la Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZüFAM) et de la Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) propose aux médecins des cours de sensibilisation et des formations continues sur l'intervention brève consacrée à l'alcool. L'offre comprend des présentations (1 à 2 h), des cours d'une demi-journée et des séminaires d'une journée. L'objectif est de dispenser aux médecins des connaissances et des compétences leur permettant d'inciter leurs patients à changer de mode de vie et de les soutenir de manière efficace dans leur démarche. Les médecins peuvent non seulement exploiter ces compétences pour aborder la consommation problématique d'alcool mais également une multitude d'autres comportements influant sur la santé.⁸

Conclusion

Un travail de sensibilisation précoce et une communication explicite sur la consommation problématique d'alcool constituent une tâche importante pour les médecins généralistes. Que cette tâche paraisse difficile ou soit vécue

avec enthousiasme dépend principalement de la capacité à pouvoir parler ouvertement au patient et des compétences dont on dispose en communication ou encore de la motivation à les acquérir.

Cet article est paru dans le Bulletin des médecins suisses 2016, No 36. Il a été légèrement modifié pour spectra.

Contacts externes :

Regula Hälg, Infodrog, r.haelg@infodrog.ch

Stefan Neuner-Jehle, Collège de Médecine de Premier Recours, stefan.neuner-jehle@usz.ch

Contact OFSP : Barbara Kull, Division Prévention des maladies non transmissibles, barbara.kull@bag.admin.ch

¹ Marmet, S., Gmel, G., Gmel, G., Frick, H., Rehm, J., Shield, K.D.C. (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne : Addiction Suisse.

² Fischer, B., Telsler, H., Widmer, P., Leukert, K. (2014). Coûts liés à l'alcool en Suisse. Étude menée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Olten : Polynomics.

³ pharma.ch 1/2008 Prévention : un investissement dans la santé et la prospérité du pays, voir sur www.interpharma.ch/fr/systeme-de-sante/2471-la-promotion-de-la-sante-revet-de-plus-en-plus-d'importance, accès le 28.7.2016

⁴ Daepfen, JB., Gaume, MJ. (2006). Implémentation et dissémination de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours : Evaluation du projet partiel « médecins » du Programme national alcool « Ça débouche sur quoi ? » Rapport final rédigé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : CHUV.

⁵ Bush, K., Kivlahan, DR., McDonnell, MB. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med; 158: 1789 - 95.

⁶ Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B. (2005). Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care – Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; 165: 986-995.

⁷ Editeur : FMH, OFSP, Médecin-Praticien, Addiction Suisse, Infodrog, CMPP et ASMPP, 2014.

⁸ Offres de formation sous www.zfa.ch/index.php/fortbildung-aerzte.html

Punkte	0	1	2	3	4	Points
Avec quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?	jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 4 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus	
Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 ou plus	
Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (=boissons standard) ou plus ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque chaque jour	

Total points (0-12):

Remarque: une boisson correspond à 10g d'alcool.

Evaluation : À partir de cinq points pour les hommes, quatre pour les femmes, on peut parler de risque élevé ou de consommation à risque.

Tableau 1. Test de dépistage précoce Audit-C (5)

Parents souffrant d'une maladie psychique : faire une place aux « enfants oubliés »

Les enfants symbolisent l'avenir. Pour se développer au mieux vers leur vie d'adulte, ils ont besoin de relations stables. Or les parents atteints d'une maladie psychique ne sont souvent pas en mesure de leur offrir la stabilité requise. Les enfants ont donc longtemps été considérés comme « oubliés », même par le système des soins de santé. Depuis 2010, wikip, le projet de prévention et de soins de Winterthur destiné aux enfants dont les parents souffrent d'une maladie psychique, œuvre à l'élaboration de solutions d'aide et de soins adaptés aux besoins de ces familles. Suivant le modèle des soins intégrés, le projet associe aujourd'hui à son travail tous les systèmes de soins régionaux pertinents.

La santé psychique englobe le bien-être personnel, la satisfaction, la conscience de soi, l'aptitude relationnelle, la gestion du quotidien et la capacité de travailler. Ce n'est pas un état mais un processus dynamique, qui exige de l'individu qu'il s'adapte activement et constamment aux changements objectifs et subjectifs réguliers.

Les maladies psychiques affectent le quotidien. Se répercutant aux niveaux physique, interpersonnel, cognitif et émotionnel, et sur le comportement, elles ont souvent une influence sur tous les domaines de la vie et nuisent à la qualité de vie, au quotidien et à la capacité de travailler. De plus, elles pèsent considérablement sur les proches et peuvent, lorsque les personnes malades sont également parents, entraver fortement la gestion de leurs tâches familiales et la relation parents-enfants. Or actuellement, les maladies psychiques ne sont souvent pas reconnues. Elles sont minimisées ou stigmatisées et leur poids sur les plans économique et social est sous-estimé.

Les maladies psychiques sont fréquentes

Selon l'Enquête suisse sur la santé réalisée en 2012, en Suisse, la majorité de la population (60 %) est pleine de vitalité et d'énergie. A l'inverse, près de 5 % de la population souffre de détresse élevée et 13 % de détresse moyenne. En d'autres termes, 18 personnes sur 100 présentent vraisemblablement un trouble psychique. Tel est le constat qui ressort du quatrième rapport sur la santé psychique en Suisse, rédigé par l'Observatoire suisse de la santé.

Enfants oubliés

Si les personnes atteintes d'une maladie psychique sont également parents, elles sont souvent trop absorbées par leurs propres problèmes et ne perçoivent ni les conséquences sur leurs enfants ni leurs souffrances. Elles manquent souvent simplement de force et « oublient » leurs enfants. Si le parent malade doit,

de plus, faire un séjour en clinique et être séparé de son enfant, celui-ci peut en être traumatisé. Son comportement relationnel et sa confiance originelle peuvent en pâtir. Les enfants risquent donc aussi de souffrir d'une maladie psychique ou d'avoir des problèmes sociaux dans leur vie future.

Le système des soins de santé oublie, lui aussi, bien trop souvent ces enfants. Tel n'est pas le cas de wikip, le projet-pilote de prévention et de soins de Winterthur destiné aux enfants dont les parents souffrent d'une maladie psychique. Il est présenté ici comme l'exemple à suivre pour élaborer des projets innovants en Suisse, qui associent prévention et dépistage précoce dans le système de soins de santé.

wikip – un réseau pour soutenir et proposer des soins aux familles concernées

En 2003, l'Institution Integrierte Psychiatrie Winterthur et le Centre socio-pédiatrique (Sozialpädiatrisches Zentrum) du Département de pédiatrie de l'Hôpital cantonal de Winterthur (Departement Kinder- und Jugendmedizin am Kantonsspital Winterthur, KSW) ont identifié le problème et fondé un groupe de travail interdisciplinaire consacré à la psychiatrie familiale. En 2006, une étude préliminaire a recensé les offres de soins destinées aux enfants, aux adolescents et aux adultes dans la région de Winterthur et examiné de plus près la collaboration entre les institutions et les spécialistes. Du fait de la nécessité d'agir constatée, décision fut donc prise, en 2010, d'élaborer le projet wikip. Celui-ci a fait l'objet d'un suivi scientifique entre 2010 et 2013.

Des mesures d'aide et de traitement destinées aux enfants, aux adolescents et aux parents ainsi qu'aux systèmes de soins ont ainsi progressivement été développées. Des acteurs importants – institutions, spécialistes, pédopsychiatres, psychiatres pour adultes, associations d'aide à la famille, aux enfants et aux jeunes, services sociaux et scolaires, pédiatres et médecins de famille – ont été intégrés dans l'organisation du projet.

« Assurés de frapper à la bonne porte »

Les personnes concernées devaient pouvoir bénéficier d'une aide immédiate pour elles et leur famille dès qu'elles prenaient contact avec l'un des services. Que celui-ci ne fut pas compétent était sans importance. Peu importe à qui elles s'adressaient en premier, elles frappaient toujours à la bonne porte et obtenaient le soutien nécessaire. Le projet wikip avait à cœur de procéder à des clarifications ciblées, qui tiennent compte de la situation familiale au moment du diagnostic de la maladie psychique. Une première question simple mais importante « Avez-vous des enfants ? » était, par exemple, posée aux personnes concernées.



Manque d'informations et d'échanges entre les spécialistes

D'une part, l'analyse des besoins et de la situation effectuée en 2010 a révélé que très peu de psychothérapeutes et de spécialistes actifs dans les services psychiatriques hospitaliers ou semi-hospitaliers demandent à leurs patients des informations sur l'état de santé physique de leurs enfants. D'autre part, une enquête en ligne a montré que peu de spécialistes ayant affaire à des enfants disposent de renseignements suffisants sur l'état de santé des parents. Ce constat concerne les crèches, les garderies, les pédiatres, les services de consultation pour les mères et les pères (sans mandat psychosocial) ainsi que les pédopsychiatres, les psychothérapeutes pour enfants, les services de consultation, les foyers ou les services psychologiques scolaires, qui ont une mission psychosociale spéciale.

L'évaluation de wikip quatre années après son lancement a souligné que les systèmes de soins des parents et des enfants s'étaient rapprochés. Le porte-parole des spécialistes interrogés parle d'un renforcement du sentiment d'appartenance à une communauté et d'une responsabilité commune envers les personnes concernées. Les décisions et les interventions sont davantage harmonisées entre elles et il y a également une meilleure connaissance des mandats et de la méthode de travail d'autres organisations. D'autres services spécialisés ont davantage été contactés lorsqu'une famille rencontrait des problèmes causés par la maladie psychique de l'un des parents. Les personnes sont mieux redirigées vers le bon service après la première prise de contact. Le porte-parole indique en outre que l'intégration dans un réseau et les formations communes sur le thème augmentent la sensibilisation au problème, ajoutant que les spécialistes ont une meilleure connaissance des offres disponibles à Winterthur et dans la région et qu'ils

sont plus sûrs d'eux lorsqu'ils reçoivent des parents et des enfants.

Organisations en apprentissage

Un nouveau système d'information clinique de l'Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland a mis en évidence le déroulement du processus d'enregistrement de la situation des enfants et d'autres personnes dépendantes dans le cadre de l'admission du patient et de l'anamnèse. Des aspects portant sur le thème de la « famille comprenant un parent souffrant d'une maladie psychique » ont été intégrés à la formation continue des professionnels de la santé. Des conférences ont eu lieu sur ce sujet.

De plus, les tribunaux et les autorités trouvent utiles la nouvelle approche axée sur les solutions et les processus proposée par wikip.

Perspectives

Les travaux de mise en place étant achevés, la direction du projet entend mettre l'accent sur la consolidation du réseau. Une prise en charge d'urgence des enfants ou des groupes de parole pour les parents doivent voir le jour. Le projet-pilote « Parrainage », encadré par l'association pour l'aide aux familles et aux jeunes à l'initiative de wikip, comble une lacune au niveau des offres de soutien. Les enfants de parents souffrant d'une maladie psychique peuvent y trouver une personne de référence lorsque la situation familiale les empêche d'en avoir une. Les enfants ont ainsi un refuge, source de stabilité.

Lien vers le projet « wikip » : www.iks-ies.ch/glossary/wikip

Contact :
Esther Walter, Section Politique nationale de la santé,
esther.walter@bag.admin.ch

« La collaboration interprofessionnelle oblige à clarifier les compétences et les responsabilités. »

L'interprofessionnalité jouera à l'avenir un grand rôle dans la prévention et les soins de santé. Claudia Galli, présidente de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé, nous donne le point de vue des professionnels de la santé.

Pourquoi cette approche n'a-t-elle pas été adoptée plus tôt par notre système de santé ? Quels sont les obstacles qui subsistent ?

L'interprofessionnalité est à la mode. Une mode qu'il vaut la peine de suivre ! L'évolution démographique, avec la multiplication des maladies chroniques et le vieillissement de la population, conjuguée à la grave pénurie de professionnels, oblige la branche de la santé à chercher de nouveaux modèles de collaboration et de partage des tâches. La stratégie Santé2020 de la Confédération, comme toutes les stratégies nationales qui en découlent, prévoit une coordination plus ou moins poussée des soins et fait avancer cette idée d'interprofessionnalité.

Déjà, le débat sur le Managed Care avait amené les gens à penser davantage en termes de réseaux. Mais cette évolution était à l'origine très axée sur l'interdisciplinarité, c'est-à-dire la collaboration entre spécialistes de la même profession. Dans le secteur ambulatoire, p. ex., on a vu apparaître d'abord des réseaux de médecins. Ce n'est que depuis quelques années que l'on met l'accent sur l'interprofessionnalité, autrement dit sur le fait que plusieurs personnes exerçant des professions différentes, mais aussi les patients, leurs proches et le réseau local, travaillent ensemble.¹

La collaboration interprofessionnelle est particulièrement importante dans les situations de soins délicates, où un groupe professionnel ne dispose pas ou plus de toute l'expertise nécessaire pour répondre seul à des besoins complexes. Mais elle est davantage qu'une simple juxtaposition de groupes professionnels soignant le même patient. Dans une équipe qui a l'habitude d'échanger et vise les mêmes objectifs, des cultures professionnelles différentes s'opposent. Chacun, dans son travail, doit réfléchir à ce qu'il tient pour acquis, remettre en question les structures hiérarchiques existantes, découvrir les capacités des autres groupes, les respecter et en faire usage de manière judicieuse dans l'intérêt de la personne concernée. Pour cela, il faut du temps.

Les obstacles ne sont pas que dans la tête puisque le principal écueil est le manque de financement : la coordination, les échanges, la mise sur pied et le développement d'une nouvelle forme de collaboration ne sont pas (encore) rémunérés, notamment dans le secteur ambulatoire.

Un autre frein à l'introduction de l'interprofessionnalité est la segmentation

de la formation. Il existe des modules interprofessionnels dans les hautes écoles spécialisées et quelques projets de formation continue avec des facultés de médecine, dans lesquels on apprend de plus en plus à travailler ensemble sur des cas, mais les frontières entre écoles supérieures, HES et universités n'ont pas disparu.

Ancrer l'interprofessionnalité dans l'identité professionnelle du personnel de santé serait très utile. La loi sur les professions de la santé a d'ailleurs inscrit cette idée dans les compétences finales exigées pour obtenir un diplôme d'une HES.

L'interprofessionnalité signifie aussi que davantage de personnes travaillent pour le bien du patient. Cela ne va-t-il pas entraîner une augmentation des coûts, voire nuire au patient ?

Trop de cuisiniers gâtent la sauce... Je peux comprendre cette inquiétude. Mais c'est justement quand la coordination ne fait pas partie du quotidien que la charge de travail et le taux d'erreurs augmentent. La collaboration interprofessionnelle oblige à clarifier les compétences et les responsabilités, à faire en sorte que la communication entre les professionnels concernés fonctionne et à mettre ses capacités au service du patient, d'une manière optimale et coordonnée.

Au début, cela prend du temps et, par conséquent, coûte de l'argent. Mais le jeu en vaut la chandelle, car toutes les parties y gagnent : la qualité et la continuité des soins s'améliorent, les tâches sont coordonnées et la satisfaction des intéressés s'accroît. Parallèlement, les coûts peuvent être mieux maîtrisés.²

À quoi faut-il veiller particulièrement dans une équipe interprofessionnelle ?

Les principaux facteurs sont de mieux en mieux définis. Le « setting » soutient une collaboration interprofessionnelle souhaitée et encouragée par le haut, à laquelle suffisamment de temps est consacré. Le facteur « responsabilité » et les compétences sont clairement déterminés. Un « leadership » clair est instauré, qui respecte les spécificités de chaque groupe professionnel tout en visant une culture commune de collaboration. Enfin, la « communication » transparente et respectueuse constitue un facteur-clé de la réussite.³

Y a-t-il des domaines des soins dans lesquels cette approche fonctionne particulièrement bien ?

En réadaptation et en soins palliatifs, vu la complexité des situations dans lesquelles se trouvent les patients, il est très important de savoir de quoi s'occupe chaque professionnel. De ce fait, le personnel infirmier, les services sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les personnes offrant une assis-



tance spirituelle et les médecins travaillent généralement sur un pied d'égalité.

On peut aussi s'inspirer des centres médico-sociaux de Suisse romande, dont les équipes, contrairement à de nombreuses associations d'aide et de soins à domicile de Suisse alémanique, sont souvent multiprofessionnelles et décident de manière interprofessionnelle, au cas par cas, qui gère chaque dossier.

Idéalement, comment fonctionne l'interprofessionnalité dans le diagnostic précoce de la démence, des pathologies psychiques et des MNT ?

La plateforme Interprofessionnalité, au sein de laquelle divers professionnels de la santé collaborent, a élaboré des critères permettant de juger des projets interprofessionnels : il faut, entre autres, qu'un projet soit développé dès le départ par tous les groupes professionnels impliqués et avec la participation des personnes concernées.

Dans l'idéal, p. ex., les centres de consultation, les ligues de santé, les prestataires de soins médicaux de base, les associations d'aide et de soins à domicile et les personnes concernées détermineraient ensemble comment appliquer les directives et les normes de prévention. Il s'agirait notamment de répondre aux questions suivantes : auprès de qui les personnes touchées, leurs proches ou leurs employeurs peuvent-ils chercher conseil lorsqu'ils repèrent les signes précoces d'une maladie psychique ou d'une MNT ? Dans quel cas les prestataires communiquent-ils leurs observations à d'autres personnes et à qui ? Comment assurer la protection des données ? Quand les professionnels se rencontrent-ils pour échanger ? Qui est en charge de la situation ou comment décider de cela au cas par cas ? Quelles mesures sont proposées aux personnes touchées et par qui ?

Dans le meilleur des cas, les réseaux interprofessionnels fonctionneraient sans tenir compte des frontières, p. ex.

entre secteur ambulatoire et stationnaire, ou entre prévention et soins de santé.

Comment, de manière générale, l'interprofessionnalité soutient-elle la prévention dans le domaine des soins ?

Dans une équipe, les points de vue et les expertises se multiplient quand plusieurs groupes collaborent de manière interprofessionnelle. Si l'on prend chaque facette séparément, la prévention des MNT ne fonctionne pas. Pour être efficace, elle nécessite – comme le montre la stratégie MNT – une approche globale de chaque situation personnelle. Or c'est justement ce que peut offrir une équipe interprofessionnelle.

À propos



Claudia Galli, présidente de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS),

dirige depuis 2012 le cursus du master européen Science in Occupational Therapy de la ZHAW. Elle a terminé sa formation d'ergothérapeute en 1991 et ses études de psychologie en 2002 à l'Université de Zurich. En tant que présidente de la FSAS, elle défend les intérêts des professions de la santé dans divers comités.

¹ Organisation mondiale de la santé (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genève, Suisse : OMS

² Alliance mondiale des professions de la santé (2013). WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice (2013). Ferney-Voltaire, France : AMPS

³ Colloques « Comment réussir l'interprofessionnalité », organisés par l'ASSM en 2016 avec la plateforme Interprofessionnalité et d'autres organisations du système de santé : <http://www.samw.ch/fr/Projets/Interprofessionnalite/Colloques-Interprofessionnalite.html>

Evivo fait du bien

Annonçons de suite la couleur : je soutiens la promotion de l'autogestion dans les maladies chroniques, surtout quand des « pairs » y participent, à savoir des personnes qui vivent des situations comparables en raison d'une maladie ou d'un quotidien similaire. Qu'entend-on par « autogestion » ? Simplement, ce que font quotidiennement les patients et leurs proches pour composer avec la maladie et ses conséquences. Lorsqu'ils sont soutenus par des professionnels et des pairs, on parle de promotion de l'autogestion. Selon la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 (stratégie MNT), qui s'empare maintenant de ce sujet, il est nécessaire d'encourager ces offres destinées aux malades chroniques – en impliquant les personnes concernées.

Comme exemple de bonnes pratiques, la stratégie MNT cite un classique parmi les programmes d'autogestion, développé à l'Université de Stanford (Etats-Unis) et proposé en Suisse : Evivo, « Devenir acteur de sa santé » (www.evivo.ch). Ce cours interactif de six semaines permet aux participants de s'informer sur la santé et d'acquérir des compétences pour

mieux gérer leur maladie – tout à fait dans l'idée de la stratégie MNT. Il est reconnu sur le plan international, validé par des études scientifiques, structuré, valable pour toutes les maladies et dirigé par des pairs. Susceptible d'influer de manière positive sur l'alimentation et l'activité physique, la gestion des symptômes, la collaboration avec le personnel de santé et l'autogestion, ce cours est en outre significatif pour la prévention secondaire et tertiaire. C'est ce que dénotent les commentaires des participants et des formateurs. On a ainsi entendu, à la rencontre annuelle des responsables de cours de l'association Réseau Evivo : « Evivo fait du bien ! », certaines personnes étant impressionnées par la façon dont les gens travaillent ensemble, « renaissent » et font bouger les choses.

Au vu d'un tel résultat, on souhaite rendre cette approche accessible à d'autres groupes cibles. Actuellement, un projet de développement soutenu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) cherche à répondre à la question suivante : comment, avec une version simplifiée du cours Evivo, atteindre les personnes socialement désavantagées et

rencontrant des difficultés pour accéder au système de santé, p. ex. la population issue de la migration ? Une autre étude pilote va adapter le programme Evivo pour les femmes atteintes d'un cancer du sein. Si la preuve de son efficacité est faite, le programme sera mis en œuvre dans les centres de traitement. Encouragé par la Recherche suisse contre le cancer et la fondation Lindenhof Berne, ce projet de la stratégie nationale contre le cancer 2014–2017 est unique en Suisse, en particulier par son approche participative : les patientes sont associées à toutes les phases de l'étude – planification, dépôt des demandes (une représentante des patients est l'une des personnes à l'origine de la demande), mise en œuvre, évaluation et diffusion des résultats (<http://blog.careum.ch/self-management-breast-cancer/>).

Le programme Evivo suscite donc de nombreuses initiatives prometteuses qui peuvent contribuer à mettre en place des formations et des mesures préventives fondées sur des preuves. Il faut encore attendre pour voir si ces offres de promotion de l'autogestion s'établissent durablement. Malgré les succès sur le plan international, les résultats prometteurs

déjà obtenus en Suisse et les bénéfices constatés pour les participants, Cette approche s'impose plus lentement dans notre système de soins que dans d'autres pays. Il est temps de mieux intégrer ces offres et d'assurer leur financement à long terme. Elles sont en effet valables pour toutes les maladies et sont maintenant souhaitées par la politique de la santé. Il reste à les ancrer plus profondément dans les pratiques de soins.



Dr Jörg Haslbeck, responsable de programmes au Centre de compétences Formation des patients, Careum Forschung, institut de recherche de la Haute école de santé Kalaidos, Zurich

Unis contre les maladies non transmissibles

La Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse renforcent leur collaboration dans le domaine de la prévention. Dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé, la Confédération et les cantons ont approuvé en novembre 2016 le plan de mesures pour la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles. Par ailleurs, le Dialogue a approuvé des mesures visant à améliorer la santé psychique ainsi qu'un plan d'action pour la prévention du suicide. Et, en décembre 2016, le plan de mesures relatif à la stratégie nationale Addictions 2017–2024 a été approuvé par le Conseil fédéral.

La Confédération, les cantons, la fondation Promotion Santé Suisse et le secteur privé vont s'attaquer ensemble aux maladies non transmissibles telles que le

cancer, les maladies cardio-vasculaires, les affections des voies respiratoires, les maladies musculo-squelettiques ou le diabète. Le plan de mesures comprend 14 mesures réparties dans trois grands champs d'action : la prévention et la promotion de la santé dans la population générale, la prévention dans les soins et la prévention dans l'économie et le monde du travail.

Une approche innovante vise par exemple à mieux intégrer la prévention dans les soins. Les professionnels de la santé et en particulier les médecins de famille vont jouer un rôle clé en guidant de manière systématique les patients dans leurs choix. Ils les orienteront à chaque étape d'un traitement sur les possibilités d'adopter un style de vie plus sain.

La prévention du suicide constitue également l'un des chevaux de bataille de la Confédération et des cantons. En outre, la Confédération, les cantons et la fonda-

tion Promotion Santé Suisse ont renforcé leur collaboration dans le domaine de la santé psychique. La fondation Promotion Santé Suisse financera dès 2017 des programmes d'action cantonaux dans ce domaine.

Enfin, dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé, la Confédération et les cantons ont décidé de prolonger la stratégie nationale en matière de démence jusqu'en 2019. Lancée en 2014, elle comprend 18 projets au total, menés par différents acteurs de la santé.

Lors de sa séance du 2 décembre 2016, le Conseil fédéral a approuvé le plan de mesures relatif à la stratégie nationale Addictions 2017–2024. Cette stratégie consiste à renforcer les compétences de tout un chacun en matière de santé, à prévenir les addictions, à apporter un soutien précoce aux individus à risque et à procurer l'aide nécessaire aux personnes présentant une addiction. L'Office fédéral de la santé publique sera chargé

de mettre en œuvre le plan de mesures, en collaboration avec les principaux partenaires.

Contact: Eva Bruhin,
Section Stratégies de prévention,
eva.bruhin@bag.admin.ch



Impressum • spectra no 115, janvier 2017

«spectra – Prévention et promotion de la santé» est un bulletin d'information de l'Office fédéral de la santé publique qui paraît quatre fois par an en français, en allemand et en anglais. Il publie également des opinions qui ne coïncident pas avec la position officielle de l'office.

Editeur: OFSP, 3003 Berne, Tél. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch

Réalisation: OFSP, Section Campagnes, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne

Responsable de la commission de rédaction: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textes: Jolanda Heller et autres collaborateurs de l'OFSP

Photos: Auteurs, Fotolia (p. 1, 10, 11), Michael Anderegg, OFSP (p. 6/7), Damir Perisa, OFSP (p. 12)

Graphisme: Office fédéral des constructions et de la logistique OFCL, 3003 Berne

Impression: Bütiger AG, 4562 Biberist – **Tirage:** 6400 ex. allemands, 3400 ex. français, 1050 ex. anglais

Il est possible de commander des numéros séparés et des abonnements gratuits à:

Office fédéral de la santé publique OFSP, Sections Campagnes, 3003 Berne

Le prochain numéro paraîtra en avril 2017

Contact

Section, Service

Section, Service	Téléphone
Division Prévention des maladies non transmissibles	058 463 87 11
Section Prévention et promotion (Maladies transmissibles) éducation + santé Réseau Suisse	058 463 88 11
Section Egalité face à la santé	058 462 62 26
Section Politique nationale de la santé	058 463 06 01
Section Campagnes	058 463 87 79

www.spectra-online.ch