

# Livre blanc DELTA



Delta  
réseau de santé

# Depuis 1991, le réseau DELTA travaille à améliorer la qualité de notre système de santé. Il rassemble actuellement plus de 500 médecins de premier recours dans les cantons de GE, VD, FR, VS et prend en charge plus de 200'000 assurés.

## Qualité

Dès sa création, le réseau DELTA a mis l'accent sur le processus de «consultation médicale». En effet, la quasi-totalité d'une prise en charge démarre par cette rencontre entre un patient et son médecin. Pour que cette «boîte noire» fonctionne correctement, nous avons identifié qu'il était important de travailler sur le raisonnement clinique et la relation médecin-malade.

### *Raisonnement clinique*

Il est établi que 25 à 30% des prestations médicales (analyse, traitement) sont considérées comme superflues. Il est facile de dire qu'une investigation ou qu'un traitement n'étaient pas nécessaires une fois le patient guéri, mais comment décider, lors de la première rencontre avec lui ? Ne pas faire toutes les analyses possibles ou ne pas prescrire un traitement qu'il juge inutile signifie pour le médecin une prise de risques.

Ce processus de raisonnement clinique est encore peu enseigné, les universités s'occupant davantage des maladies que des compétences professionnelles.

DELTA a soutenu la production d'un livre<sup>1</sup> qui décrit ce processus décisionnel. DELTA est aussi à l'origine d'un simulateur de consultations médicales<sup>2</sup> qui sert actuellement à la formation des étudiants. Ce logiciel va également être mis à disposition des médecins DELTA dès 2017.

L'essentiel du travail sur le raisonnement clinique a pris place depuis plus de 20 ans dans les Cercles de Qualité (CQ), qui sont le lieu de partage et de remise en question entre pairs et que tous les médecins Delta doivent suivre régulièrement.

### *Cercles de Qualité (CQ) thématiques*

Nous avons analysé différents éléments (laboratoire, médicaments, radiologie) dans le cadre de la campagne «Less is more» de l'Association Suisse de Médecine Interne Générale. Cette analyse montre une variabilité très importante. Nous allons utiliser cette variabilité dans nos CQ sous forme de *reporting* pédagogique. Les assurances font déjà du reporting, mais l'information est généralement mal reçue par les médecins.

Ici, il s'agit de discuter entre pairs de cette variabilité, de confronter les attitudes et de proposer des mesures d'intervention. Il est démontré que ceci amène une diminution de la variabilité et un changement des comportements. Le mot-clé étant «discussion entre pairs», c'est-à-dire éviter une approche hiérarchique.

### *Relation médecin-malade*

Les CQ sont l'occasion de partager les difficultés relationnelles rencontrées en pratique ambulatoire. Nous avons, en plus, organisé des ateliers «Medical motivation» pour que tous les médecins DELTA puissent développer une expertise en entretien motivationnel. Il est clairement établi qu'il est difficile, voire impossible de changer le comportement des patients si l'on n'intègre pas ceci dans une stratégie d'accompagnement du patient dans un processus de changement.

La fondation Equam, qui certifie les réseaux et les médecins en Suisse, a manifesté de l'intérêt pour notre simulateur, pour les CQ thématiques et pour les modules «Medical motivation» que nous développons et pratiquons depuis des années. Il est prévu de les intégrer dans leur certification.

## Stratégies spécifiques concernant la qualité

Les stratégies sont différentes en fonction des besoins. Nous avons ainsi défini plusieurs situations:

- Assurés en bonne santé
- Incidents de santé
- Maladies chroniques
- Fin de vie

### Assurés en bonne santé

Pour ce groupe d'assurés, il est important de développer des stratégies de prévention et d'aide au maintien en bonne santé. Il s'agit ici de travailler sur les comportements, en démedicalisant l'approche au maximum.

<sup>1</sup> <http://www.revmed.ch/docj>

<sup>2</sup> [www.vips2.ch](http://www.vips2.ch)

Dans ce but, le réseau DELTA offre un certain nombre d'outils de prévention et d'information.

### *Ateliers*

Ces ateliers font l'objet d'une promotion très active de DELTA. Ils sont proposés à toute la population, avec un rabais important pour les assurés DELTA:

- Je cours pour ma forme
- Ateliers surpoids
- Ateliers cuisine
- Ateliers stress – examens
- Collaboration avec l'association «Pas à pas»
- Collaboration avec les ateliers EVIVO
- Rythmique Jaques-Dalcroze

A noter, pour la rythmique Jaques-Dalcroze, que le réseau DELTA a soutenu financièrement l'étude<sup>3</sup> qui a démontré une réduction de 50% des chutes chez les personnes suivant ce cours. Ce programme se déroulant en groupe et en musique, sans aucune intervention médicale a, de plus, un effet très favorable sur la sociabilisation et le moral des participants.

### *Check-up*

Les patients en bonne santé demandent souvent des check-up. Le réseau DELTA a produit des guides de pratique pour les médecins<sup>4</sup>. Seules les prestations dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement sont proposées.

Nous avons réalisé un site internet HCM qui permet aux personnes en bonne santé de faire un check-up complet. Le transfert de cette application sur notre application smartphone *delt@smart* est en cours d'élaboration. Ces deux applications sont gratuites et sont construites selon les dernières théories de l'andragogie, en intégrant des moyens modernes d'aide au changement.

### *Changements de comportement*

L'expérience montre que les comportements prédisent de manière importante les ennuis de santé à venir. L'information en soi n'a qu'une efficacité très limitée sur les changements de comportements. DELTA s'en préoccupe depuis longtemps.

Le site HCM a été construit pour tenir compte de cet aspect. Les médecins DELTA sont invités à se former dans ce domaine.

Nous sommes passés de: «Je vais changer le comportement de mon patient» à: «J'accompagne mon patient dans un processus de changement». A ces fins, nous soutenons et organisons les ateliers «Medical motivation» qui vont devenir obligatoires pour tous les médecins DELTA.

### **Incidents de santé**

C'est généralement en urgence qu'on consulte un médecin pour une cystite, une grippe ou un accident. DELTA a élaboré plusieurs stratégies pour améliorer la prise en charge de ces patients.

### **Application smartphone *delt@smart***

Cette application offre de nombreux outils bienvenus pour les patients:

#### *Prise de rendez-vous en ligne*

Dès l'automne 2016, les patients pourront obtenir un rendez-vous directement sur leur smartphone ou leur ordinateur.

#### *Contact avec le médecin*

Si le médecin l'a accepté, le patient peut écrire directement à son médecin via notre application.

#### *Symptom's checker*

Notre application smartphone *delt@smart* propose un outil d'évaluation pour mieux orienter les patients en urgence. Cette application part de la plainte du patient, pose un certain nombre de questions, puis propose une prise en charge, soit en urgence, soit différée. Nous sommes en phase finale de validation de cette application, déjà en usage dans d'autres pays d'Europe.

#### *Télé-médecine*

L'application permet de poser une question à un médecin expérimenté. Elle permet également d'obtenir une consultation de télé-dermatologie.

<sup>3</sup> Trombetti A, Hars M, Herrmann FR, Kressig RW, Ferrari S, Rizzoli R. Arch Intern Med. 2011 Mar 28;171(6):525-33

<sup>4</sup> <http://www.revmed.ch/docj>

<sup>5</sup> Andragogie: science de la pédagogie de l'adulte

## Centres d'urgences

DELTA a participé au développement, à Genève, d'un centre d'urgences<sup>6</sup> qui accueille actuellement plus de 35'000 patients par an. Ce centre travaille selon les théories modernes de la gestion du risque et du raisonnement clinique. DELTA va certifier les centres d'urgences de qualité dans le reste de la Suisse Romande.

## Raisonnement clinique – analyse décisionnelle

Dans la prise en charge des incidents de santé, il est possible et nécessaire de ne pas faire tout, tout le temps et pour tout le monde et d'améliorer ainsi le rapport coût-qualité de la prise en charge. Dans ce but, il faut former les médecins à la décision et à l'évaluation des risques. Ceci a fait l'objet d'un livre<sup>7</sup> qui en est actuellement à sa quatrième édition, par ailleurs traduit en allemand et en italien. De plus, les médecins doivent pouvoir quantifier les notions de risques et bénéfiques lors des prises de décisions partagées avec le patient («shared decision making»). Pour ce faire, des notions simples d'épidémiologie clinique sont enseignées aux médecins DELTA et des fiches didactiques, recueillies dans un livre électronique, seront disponibles dès 2017<sup>8</sup>. DELTA a également soutenu le développement d'aides à la décision (guides de pratique intégrés, alarmes) intégrés dans les dossiers médicaux informatisés.

## Cercles de qualité

Cette préoccupation de faire tout ce qui est nécessaire mais seulement ce qui est nécessaire est à la base de nos cercles de qualité, au cours desquels les médecins partagent leurs attitudes. Quand s'inquiéter? Comment gérer le temps? Quelles informations permettent de décider?

## Infirmières cliniciennes

Dans plusieurs pays, les assurés qui consultent pour un incident peuvent être pris en charge par des infirmières cliniciennes. DELTA a démarré un projet dans ce sens, dans un quartier populaire de Genève.

## Maladies chroniques

Notre système de santé doit affronter le problème des maladies chroniques, alors qu'il est très fragmenté et encore largement basé sur les maladies aiguës, avec de multiples ruptures de soins en rapport avec les «silos» professionnels et institutionnels.

## Disease Management

Le réseau DELTA a fait une expérience intéressante en travaillant sur l'insuffisance cardiaque<sup>9</sup>.

La littérature nous dit qu'on peut diminuer d'un tiers les ré-hospitalisations pour cette pathologie, grâce à un travail sur l'éducation thérapeutique. Nous avons donc identifié les insuffisants cardiaques hospitalisés; une infirmière clinicienne a contacté le patient à l'hôpital, organisé la réconciliation thérapeutique à la sortie, puis suivi le patient en ambulatoire.

En théorie le programme est exemplaire, mais il s'est soldé par un échec total. L'infirmière clinicienne n'a pas été accueillie favorablement par l'équipe soignante ambulatoire. Le programme vaudois «DIABAIDE»<sup>10</sup> a connu une expérience comparable. La première réaction est de blâmer cette équipe pour son manque de souplesse. En fait, les raisons de l'échec sont plus complexes. La plupart des patients souffrant de maladie chronique sont multi-morbides<sup>11</sup>. Les guides de pratique sur les maladies chroniques sont basés sur des études qui excluent ces patients. *En réalité, nous n'avons donc pas de base scientifique pour les soigner.*

De plus, ces patients présentent très souvent des difficultés psychologiques, sociales, financières et il faut faire des compromis pour tenir compte de manière légitime de leurs besoins et de leurs désirs. Une vision classique de «Disease Management» est donc inapplicable dans la règle.

## Patients complexes

La prise en charge de ces patients, qui représentent 10 à 20% de la population et 60 à 80% des ressources, doit donc se baser sur des compromis négociés dans le cadre d'une équipe de soins avec le patient et ses proches. Cette vision se heurte aux différentes barrières institutionnelles et professionnelles avec, pour conséquence, de multiples ruptures de soins.

<sup>6</sup> <http://www.cite-generations.ch>

<sup>7</sup> [www.revmed.ch/guidelines/docteur-j-ai](http://www.revmed.ch/guidelines/docteur-j-ai)

<sup>8</sup> Kherad, Blondon, Gayet, Toso. EpiMed, L'épidémiologie expliquée aux cliniciens

<sup>9</sup> N. Perone, S. Schusselé, Fillietaz, D. M. Haller, P. Schaller, M.-A. Raetz, N. Garin, J.-F. Balavoine, F. Waldvogel, M. Kossovsky, J.-M. Gaspoz Itinéraire clinique pour l'insuffisance cardiaque: un programme conçu par des médecins de premier recours genevois. Rev. Méd Suisse 2012; 8: 1056-60

<sup>10</sup> <http://www.reseau-delta.ch/diabaide.pdf>

<sup>11</sup> Fortin Martin BMC Health Serv Res. 2010 May 6;10:111

La fragmentation des soins entre différentes institutions est donc clairement un problème. Il faut éviter d'ajouter des intervenants extérieurs et se concentrer sur l'aide à une équipe de soins. Or ces équipes de soins se créent au coup par coup et de manière différente pour chaque patient. La plupart du temps, elles se forment dans le contexte d'une relation de longue durée avec un médecin traitant: il est donc difficile de normaliser ce processus.

### Équipe de soins

DELTA apporte son aide à la création et au maintien d'une équipe de soins autour du patient. Cette équipe va gérer – avec le patient et ses proches – des plans de soins adaptés, en tenant compte des compromis scientifiques et humains (voir «patients complexes» ci-dessus). Dans ce but, DELTA a aidé à développer et à tester le «plan de soins partagés», outil informatique d'échange d'informations autour d'un plan de soins d'une équipe médecin – infirmière à domicile.

DELTA a également intégré dans son programme informatique des outils de communication à l'intention des médecins de garde pour les patients fragiles. Ceci permet d'intégrer la prise en charge d'urgence dans une stratégie au long cours. DELTA est en train d'organiser la création d'une équipe de «médecins à domicile» pour les patients complexes.

### UATM

DELTA a également soutenu la création de l'Unité d'Accueil Temporaire Médicalisée (UATM) qui a démontré qu'il est possible de limiter l'impact des ruptures de soins liés à des hospitalisations<sup>12</sup>. Enfin, DELTA soutient les projets de maisons de santé, qui seront certainement, dans le futur, le lieu de prise en charge de ces patients complexes.

### Maladies chroniques simples

Quelques maladies peuvent échapper au problème de la multi-morbidité. DELTA a lancé un projet «asthme» avec une prise en charge pédagogique aux urgences, en collaboration avec le Réseau des Urgences Genevois (RUG). Une démarche semblable démarre sur Lausanne actuellement.

Il est en effet démontré qu'une approche pédagogique<sup>13</sup> permet quasiment de supprimer la consultation en urgences et les hospitalisations des asthmatiques.

DELTA a également mis sur pied, avec la CSS, un programme de réhabilitation ambulatoire pour les patients atteints de COPD<sup>14</sup>. Ce programme met l'accent sur le changement de comportement du patient et sur la socialisation. Le résultat de cette expérience sera publié en 2017. Un programme d'enseignement du diabète a été mis en place en 2016 avec des résultats très encourageants.

### Fin de vie

La plupart des patients souhaitent mourir à la maison mais décèdent à l'hôpital. Nous avons émis des hypothèses concernant la cause de cette situation contradictoire. DELTA a initié une réflexion sur le sujet. Nous pensons que la fragmentation des soins (spécialistes, hôpitaux) est en partie responsable de cet état de fait. Nous avons un projet avec le groupe «qualité» des HUG pour créer un pilote sur l'hospitalisation des patients complexes ainsi que des contacts avec les spécialistes pour améliorer l'intégration de tous les membres de l'équipe soignante, dans le respect des choix des patients et de leurs proches.

### Conclusion

Depuis plus de 20 ans, delta a ainsi mis en place une organisation qui a pour but de:

- faire tout ce qui est nécessaire, mais uniquement ce qui est nécessaire
- lutter contre la fragmentation des soins, les barrières professionnelles et institutionnelles
- promouvoir une médecine à dimension humaine.

Ce travail sur la qualité a eu par ailleurs pour conséquence de diminuer les coûts, ce qui a permis aux caisses -maladie partenaires de proposer des réductions de primes à leurs assurés. Nous espérons pouvoir continuer à progresser dans cet idéal: une qualité plus élevée avec des primes d'assurance maladie supportables.

[www.reseau-delta.ch](http://www.reseau-delta.ch)

<sup>12</sup> <http://www.reseau-delta.ch/uatm.pdf>

<sup>13</sup> T Haahtela, L E Tuomisto, A Pietinalho, T Klaukka, M Erhola, M Kaila, M M Nieminen, E Kontula, L A Laitinen. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax 2006; 61: 663–670

<sup>14</sup> COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease, patients dyspnéiques suite à une diminution irréversible des bronches