



**IUMSP - Institut universitaire de  
médecine sociale et préventive**  
Rue du Bugnon 17  
CH-1005 Lausanne

Unité d'évaluation des soins (UES)

Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
de Lausanne (IUMSP)

FORUMS RÉGIONAUX DIABÈTE DU CANTON DE VAUD :  
SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS DES TABLES RONDES

Programme cantonal Diabète Vaud

Auteur  
*Stéphanie Lauvergeon, responsable de recherche*

Responsables  
*PD Isabelle Peytremann-Bridevaux, cheffe de clinique*  
*Professeur Bernard Burnand*





# 1 INTRODUCTION

Dans le cadre du Programme cantonal Diabète (PcD), des forums ont été organisés dans chaque région sanitaire du canton de Vaud, en partenariat avec les réseaux de soins. Ils ont eu lieu entre fin novembre et début décembre 2011. Destinés aux professionnels de la santé, ces premiers forums avaient pour buts a) de faire connaître le PcD et les différents projets d'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques qui se sont développés dans chaque région ; b) d'offrir un moment d'échanges aux professionnels de la santé afin de leur permettre de mieux se connaître.

Chaque forum était animé par Manuela Salvi, journaliste de la Radio Télévision Suisse, et se déroulait en deux parties. La première comprenait des présentations orales décrivant aux professionnels présents, le PcD, les diverses mesures régionales de prise en charge (telles que « Diafit », la « Transition pédiatrique » ou le projet « Groupe de pairs Stanford ») ainsi que le programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire « Ca marche ». Un temps pour les questions après chaque présentation était également prévu. La seconde partie consistait en une table-ronde, modérée par Mme Salvi. Trois à cinq professionnels de la santé ou politiciens y participaient, et discutaient de différents thèmes tels que la qualité de la prise en charge ou la collaboration. Les professionnels présents dans le public pouvaient intervenir et posaient les questions qu'ils souhaitaient, soit aux intervenants de la table-ronde, soit à la direction du PcD. Seul le forum de la région Nord-Broye avait une troisième partie : des ateliers interactifs autour du diabète. Chaque forum durait environ 3h, dont 1h à 1h30 pour la table ronde.

Le présent document résume les discussions des tables rondes des quatre forums régionaux.

## 2 MÉTHODE

Le tableau ci-dessous résume les dates et lieux des quatre forums Diabète.

Régions	Réseaux de soins	Lieux	Date
Est	ASCOR	Vevey	17 novembre 2011
Centre	ARCOS	Lausanne	24 novembre 2011
Ouest	ARC	Rolle	1 <sup>er</sup> décembre 2011
Nord	Nord-Broye	Yverdon-les-Bains	8 décembre 2011

Afin de rédiger la synthèse des discussions des tables-rondes, nous pris en note les points-clés des discussions et avons relevé les locuteurs. Nous avons également enregistré les discussions ce qui nous a permis, en dernier lieu, de vérifier l'exactitude de nos notes et de les compléter.

Le PcD nous a fait part de la liste des thèmes qu'il souhaitait voir aborder durant ces discussions à savoir : La prise en charge, la collaboration entre professionnels, le soutien politique (auquel nous avons ajouté les aspects financiers) et le travail interdisciplinaire. Nous avons donc structuré les synthèses en fonction de ces quatre thèmes.

Chaque synthèse a ensuite fait l'objet de relecture par des membres des groupes de travail du PcD.

### 3 SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE DU FORUM DIABÈTE DE LA RÉGION EST (17.11.2011)

#### a) Prise en charge des patients diabétiques

La qualité de la prise en charge des patients diabétiques est décrite comme relativement bonne par les participants à cette table ronde, notamment par le médecin-diabétologue. Cette qualité dépendrait néanmoins de la manière dont le diabète est découvert (hospitalisation ou non) et des comorbidités associées. La prise en charge par les hôpitaux de l'Est vaudois apparaît comme étant de bonne qualité avec des professionnels (médecins assistants, diététiciens) bien formés. Le passage du patient entre le milieu hospitalier et ambulatoire est aussi décrit comme fonctionnant bien. Le retour au domicile se fait dans de bonnes conditions et permet de diminuer le stress des patients qui se retrouvent enfin chez eux, dans leur environnement. Le CMS est à ce moment très utile puisque l'infirmière à domicile fournit une aide dans le traitement (aide aux injections par exemple) ainsi qu'un enseignement thérapeutique aux patients pour faciliter l'auto-prise en charge.

Toutefois, les participants notent l'importance d'une prise en charge en ambulatoire adaptée au quotidien et aux besoins des patients, en fonction de leurs capacités d'apprentissage ; la prise en charge lors de l'hospitalisation visant surtout à traiter l'urgence de la situation. Ensuite, le cadre strict de l'hôpital (repas préparé et pris à heures fixes, aide à l'auto-contrôle etc.) contraste souvent avec celui du domicile, ce qui peut engendrer une série de difficultés dans l'auto-prise en charge. Les patients reçoivent également une grande quantité d'information avec l'annonce du diagnostic qui, selon les cas, peut être difficile à assimiler. Les participants soulèvent par la suite des problèmes au niveau des traitements, et notamment lors du passage des anti-diabétiques oraux à l'insuline. Il y aurait en effet une barrière psychologique à ce passage (sentiment d'agression du corps, déni de la nécessité de passer à l'insuline). De plus, les infirmières à domicile ne seraient pas toujours bien formées aux injections et n'auraient pas forcément la possibilité d'actualiser leurs connaissances. Elles manqueraient également de temps à accorder aux patients, surtout aux plus âgés. Un manque de formation en diabétologie est aussi noté chez tous les professionnels du Pays d'EnHaut (par exemple, un seul médecin généraliste est formé en diabétologie). De même, la pénurie de personnel commencerait à se faire sentir dans cette région.

Les participants relèvent ensuite la mauvaise image de certains professionnels de la santé. En effet, il semblerait que peu de patients consultent une diététicienne, souvent perçue comme le professionnel qui imposera un régime. L'approche diététique du diabète a cependant changé et vise à adapter l'alimentation en fonction des patients et à les aider à mieux la gérer. Les podologues sont aussi peu sollicités et reçoivent des patients qui craignent des blessures physiques durant les soins podologiques ou qui présentent l'angoisse d'être amputés s'ils viennent consulter une podologue. Ces professionnels comme les diététiciennes, attribuent leur mauvaise image à un problème d'information du patient au sujet de leurs

rôles respectifs, voire à des discours stigmatisant les complications du diabète, tenus par les médecins, afin de sensibiliser les patients à une meilleure auto-prise en charge. Le médecin-diabétologue présent conteste cette supposition, considérant que les patients s'informent et s'effraient d'eux-mêmes à cause d'Internet ou de ouïes-dires. Il se pourrait aussi que les patients aient mal compris l'information reçue. Le médecin insiste aussi sur les problèmes de motivation des patients en montrant les difficultés rencontrées dès que les professionnels tentent de toucher à l'alimentation, à la sédentarité et au tabagisme. Ce serait une des raisons pour lesquelles les patients iraient peu chez la diététicienne par exemple.

Afin de résoudre les différents problèmes évoqués, les participants souhaiteraient :

- Une meilleure formation des professionnels (notamment des infirmières à domicile)
- Une actualisation des connaissances des professionnels afin de délivrer le même message aux patients
- Une meilleure information des patients sur le rôle des diététiciens et des podologues
- Une augmentation du nombre de professionnels de la santé
- Une augmentation du temps passé par les infirmières à domicile dans les soins aux patients

## **b) Collaboration entre professionnels**

Les participants ne semblent pas d'accord sur la qualité de la collaboration entre les professionnels. Les médecins présents indiquent qu'il y a une bonne collaboration entre les professionnels, tant avec le milieu hospitalier qu'ambulatoire, y compris avec les CMS. De plus, les médecins ont généralement un réseau informel qui leur permet d'avoir des contacts avec différents professionnels.

Toutefois, des participants indiquent que les médecins généralistes qui ont de nombreux patients diabétiques peuvent avoir de la peine à collaborer avec d'autres car cela prend beaucoup de temps. De plus, les participants non-médecins (diététicien, podologue) affirment qu'il n'y a pas assez de collaboration entre professionnels, notamment parce qu'ils manquent d'information lorsqu'ils reçoivent un patient. La diététicienne ne dispose, par exemple, que de peu d'information sur la situation des patients (comme les maladies associées) ce qui l'oblige à prendre du temps pour reconstruire leur historique. Les médecins manqueraient également d'informations sur les autres professionnels intervenant dans la prise en charge du diabète et pratiquant dans leur région.

Afin d'améliorer les problèmes de collaboration, les participants souhaiteraient :

- Une meilleure information des professionnels sur le suivi des patients et sur les autres professionnels existants
- Une meilleure communication entre professionnels

et ils débattent :

- De la mise en place de réseaux ou de centres spécialisés

Ces solutions ont été longuement discutées par les participants. En ce qui concerne la possibilité d'une meilleure information des professionnels et d'une meilleure communication entre eux, les participants envisagent une série d'outils. Le carnet à glycémie est cité comme très utile et comme pouvant être amélioré pour noter d'autres informations. Toutefois, ce carnet est défini comme un outil d'information et non de communication entre professionnels. Le classeur de transmission utilisé dans les CMS est un exemple de bon outil d'information et de communication puisque chaque professionnel peut y laisser ses remarques et questions. Dans ce sens, le passeport diabète, en complément du carnet de glycémie, serait alors utile puisqu'il contiendrait toutes les indications relatives au suivi et permettrait un échange entre professionnels. Ce passeport diabète existe déjà mais est actuellement peu diffusé. Afin de connaître les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du diabète dans la région, un participant propose d'avoir une brochure contenant les coordonnées de chaque professionnel ainsi que des indications sur leur rôle.

Enfin, l'idée de créer des réseaux voire un centre de prise en charge spécialisé est évoquée mais fait débat. Certains participants y voient l'opportunité de regrouper les compétences et d'offrir un même lieu de prise en charge pour les patients. De plus, ces réseaux, grâce à des outils comme le dossier informatique, faciliteraient la communication entre professionnels (surtout quand une certaine distance les sépare). D'autres participants estiment, au contraire, que ces réseaux ne sont pas utiles et qu'ils existent déjà de manière informelle. Ils craignent que cela ne retire le libre-choix des patients de consulter les professionnels qu'ils désirent. Au vu de ce débat, la question de la définition du terme « réseau » est alors posée. Est-ce que cela implique forcément un choix restreint du patient ? Dans tous les cas, les participants réticents aux réseaux indiquent que cela prendrait trop de temps de réunir des professionnels et que cela serait difficile à mettre en place dans les petites régions où il y a une pénurie de personnel. De plus, cela pourrait obliger les patients à parcourir une plus grande distance pour se rendre dans les lieux de consultation des réseaux. Ces réseaux seraient donc plus adéquats pour des situations graves, tous les patients diabétiques n'ayant pas forcément besoin d'être suivis par différents professionnels.

### **c) Aspects financier et politique**

L'aspect financier occupe un espace important dans les conversations. Il concerne tout d'abord le problème du remboursement des soins fournis par les podologues. En effet, ces soins ne sont actuellement pas pris en charge par l'assurance maladie de base. Malgré une formation plus spécifique des podologues, ce sont les soins des pieds prodigués par les infirmières qui sont remboursés par les assurances. Les infirmières précisent toutefois qu'elles ne s'occupent que de gestes de podologie simples et qu'elles réfèrent le patient à un podologue dès que les soins dépassent leurs compétences. De plus, les

CMS seraient ravis d'avoir des podologues parmi eux. Afin de faciliter le remboursement des soins de podologie par les assurances, la Société Suisse des Podologues est en train de préparer un dossier pour faire admettre les prestations des podologues dans l'assurance maladie de base. De plus, il semblerait que certaines assurances-maladie rembourseraient plus facilement les soins donnés par les podologues ayant suivi certains cours spécifiques au diabète. Les prestations de podologie seraient aussi, d'après les assurances, plus faciles à rembourser si elles étaient faites dans le cadre de réseaux. Finalement, la question de qui payera pour le travail en réseau (et le temps passé à la collaboration) est évoquée.

Les politiques nationales et cantonales dans la prévention primaire et secondaire sont peu évoquées par les participants. Il ressort toutefois que le Programme cantonal Diabète permet ou pourrait permettre la mise à disposition d'outils, tels que le passeport diabète (prochainement diffusé auprès des médecins), les guidelines (en cours d'adaptation) ainsi que des listes de professionnels. Il est également en train d'étudier les possibilités d'offrir des prestations de podologie aux patients diabétiques.

#### d) Travail interdisciplinaire

Le rôle des infirmières de coordination (case manager), des assistantes médicales ou de l'AVD n'a pas été abordé durant cette table ronde. Les participants se sont toutefois accordés pour dire que c'est au médecin traitant (médecin généraliste ou spécialiste dans certains cas) que revient le rôle de coordinateur de la prise en charge. Le médecin généraliste voit d'ordinaire beaucoup plus de patients diabétiques, il est à même d'évaluer leurs besoins et de les envoyer vers d'autres professionnels si nécessaire.

***Conclusion :** Il ressort principalement de ce premier forum des problèmes liés à la collaboration des professionnels, qui, bien que facilitée dans les petites régions où les professionnels se connaissent, pourrait être améliorée au moyen d'outils permettant une meilleure information et une meilleure communication. Il est néanmoins intéressant de noter que les problèmes de collaboration semblent surtout être signalés par les professionnels non-médecins travaillant en indépendant. Des problèmes de définition et des malentendus apparaissent également dès qu'il est question de « réseau », ce qui mériterait d'être clarifié.*

*La synthèse de ce premier forum concorde avec les résultats de la recherche exploratoire sur les expériences et les besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé du canton de Vaud. La table ronde a toutefois permis de mieux identifier les préoccupations de chacun des groupes professionnels, ce qui ne faisait pas partie des objectifs de la recherche exploratoire.*

## 4 SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE DU FORUM DIABÈTE DE LA RÉGION CENTRE (24.11.2011)

### a) Prise en charge des patients diabétiques

Les participants à la table ronde évoquent d'abord les récentes initiatives dans la région Centre pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques. Le médecin diabétologue présent mentionne le développement de l'éducation thérapeutique sur Lausanne au CHUV grâce aux formations données par le professeur Assal. Il indique aussi la création de l'unité de diabétologie du CHUV pour faire face à la proportion élevée de patients diabétiques se faisant hospitalisés dans cette structure et pour répondre, en ambulatoire, aux besoins des patients complexes avec un diabète instable. Le CHUV a aussi développé une expertise dans l'utilisation des pompes à insuline et des mesures continues de glycémie. Dans ce sens, le CHUV peut servir de ressources aux autres professionnels. Le pharmacien présent décrit le groupe qu'il a constitué avec des médecins, diététicien et infirmiers (dont une infirmière en diabétologie de l'AVD) il y a 2 ou 3 ans dans le quartier de Chailly à Lausanne. Ce groupe vise à une prise en charge multidisciplinaire et à un meilleur accompagnement des patients diabétiques en mettant l'accent sur leur autonomie. Les professionnels de ce groupe ont d'ailleurs créé, en fonction de leurs besoins, un « passeport diabétique » qu'ils ont appelé « vade-mecum » pour que l'information puisse circuler entre les différents professionnels consultés par les patients. Les professionnels de ce groupe se réunissent de manière informelle tous les deux mois afin de partager leur savoir et leurs connaissances, discuter de cas cliniques ou se former à l'entretien motivationnel. Les participants à la table-ronde mentionnent également les consultations proposées par l'AVD et les entretiens de polymédication faits par les pharmaciens (sous couvert de formation et du suivi d'un protocole) et remboursés 2 fois par année aux patients ayant au moins 4 médicaments depuis plus de 3 mois. L'unité de diabétologie du CHUV tout comme le groupe de Chailly sont des exemples qui pourraient être reproduits ailleurs dans le canton, d'après le membre du Service de la Santé Publique du canton de Vaud.

Ensuite, les participants s'intéressent à la formation des professionnels. Le CHUV a une mission importante de formation auprès des professionnels pour améliorer la gestion du diabète lors des hospitalisations (éviter les hypoglycémies par exemple) et faire face au renouvellement fréquent des équipes de médecin (60% de renouvellement tous les 6 mois). Un CAS pour l'accompagnement thérapeutique s'est également développé en insistant sur la relation soignants-patients ainsi qu'un programme de sensibilisation à l'éducation thérapeutique pour créer une culture commune. Les personnes présentes semblent d'accord sur l'importance d'une bonne formation des professionnels, notamment à l'éducation thérapeutique. Celle-ci est actuellement basée sur le développement de compétences en pédagogie et psychologie, alors qu'il serait nécessaire d'y ajouter d'autres aspects comme l'éthique, la

créativité ou l'anthropologie, déjà inclus dans la formation du CHUV. Ces formations présentent l'avantage, pour les professionnels, de pouvoir échanger sur leurs expériences vécues.

Les participants proposent principalement deux solutions pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques :

- La création, dans d'autres régions du canton de Vaud, de centres ou de groupes de prise en charge adaptés aux spécificités locales
- Le développement de la formation des professionnels dans le domaine du diabète et de l'éducation thérapeutique.

## **b) Collaboration entre professionnels**

Les participants à la table-ronde s'accordent sur le fait qu'une collaboration entre professionnels est nécessaire dans le cadre des maladies chroniques. La crainte de certains médecins installés de voir les spécialistes ou les centres comme le CHUV garder leurs patients, semble infondée d'une part parce que ce serait impossible en pratique, vu le nombre de patients diabétiques, d'autre part parce que ce n'est pas la mission des spécialistes du CHUV de devenir le médecin traitant des patients.

La question des « réseaux » et de leur définition s'est rapidement posée lors de cette table ronde. Le groupe de Chailly peut-il être considéré comme un réseau ? Le pharmacien présent indique qu'un réseau dépend du nombre de personnes qui le composent. Le terme « réseau » ne fait pas forcément peur aux professionnels de ce groupe, mais il semble gêner les patients avec lesquels les membres du groupe de Chailly parlent plutôt de « cellule de travail ». Ce groupe se caractérise par une forte collaboration et une confiance entre les professionnels qui le composent ; collaboration qui n'est possible que parce que les rôles de chacun ont été clairement définis au préalable. Cette collaboration a permis au groupe de développer un langage commun face au patient et de disposer d'une charte commune entre professionnels. La nécessité d'avoir une charte ou une philosophie commune est partagée par le médecin diabétologue notamment parce que le patient développe des affinités avec certains professionnels (comme l'infirmière par exemple). Ces derniers doivent alors pouvoir échanger leurs informations avec les autres professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. Le médecin-diabétologue définit le réseau comme un groupe qui partage une envie de travailler ensemble. Il distingue toutefois les réseaux qui seraient imposés par les pouvoirs politiques et qui seraient voués à l'échec, de ceux « émergents » constitués sur l'initiative des professionnels de terrain, comme le groupe de Chailly qui fonctionne grâce à une volonté commune. Ce serait néanmoins aux patients de définir la qualité d'un réseau. Enfin, pour le membre du SSP Vaud, le réseau se définit comme « la meilleure utilisation possible des ressources ». Il montre qu'à l'heure actuelle, le patient diabétique dispose de plusieurs offres de consultations (médecins, AVD, pharmacie) qui fonctionnent séparément. Le patient encourt ainsi le risque d'entendre des discours différents ou redondants de la part des professionnels qu'il rencontre. Une mise en commun de ces

différentes offres serait donc nécessaire. Les professionnels pourraient ainsi se mettre ensemble, se connaître mutuellement et partager un territoire commun, ce qui peut toutefois entraîner une série de conflits et de craintes. Des initiatives comme Diabaide, Diafit, CapDiab' sont des exemples positifs de mise en réseau régionale de professionnels que le PcD a pu réunir pour permettre des échanges et réfléchir à d'autres développements dans le canton de Vaud.

Les participants à la table ronde proposent donc :

- Une meilleure collaboration entre les professionnels de la santé
- Une définition claire des rôles de chacun pour éviter des conflits
- Une identification des éléments fonctionnant dans les réseaux existants pour pouvoir les reproduire
- La création d'un cadre à la mise en place de réseaux (protocole de fonctionnement)
- Une libre participation des acteurs aux réseaux

### **c) Aspects financier et politique**

Durant cette table-ronde, les participants ont évoqués des aspects financiers et politiques par rapport à 4 thèmes différents: les réseaux, la promotion de la santé et la prévention, les soins de podologie et les contrats d'assurance-maladie.

Les aspects financiers et politiques sont abordés en premier lieu par rapport aux réseaux. La question de « qui paye quoi » s'est posée car la coordination n'est actuellement financée qu'en partie. De plus, le financement à l'acte existant en Suisse n'encourage pas forcément la collaboration. Certains professionnels craignent aussi les réseaux parce qu'ils les associent aux HMO fonctionnant sur un modèle économique. Le groupe de Chailly n'a pour l'instant pas de financement et cette question ne se pose pas parmi les membres qui se sont regroupés de manière autonome par volonté et plaisir de travailler ensemble. Le pharmacien indique d'ailleurs que le réseau ARCOS peut aider les groupes à se structurer à l'intérieur de sa région. Les participants à la table ronde semblent néanmoins d'accord sur le fait qu'il est difficile d'exiger plus de collaboration entre professionnels sans incitatifs financiers. Le médecin diabétologue précise toutefois qu'il faudrait éviter des incitatifs de type « pay for performance » qui encouragent à prendre en charge des patients stables.

Les participants à la table ronde évoquent donc comme solution la nécessité :

- De politiques visant à faciliter la mise en place des réseaux
- D'incitatifs pour motiver les professionnels à travailler ensemble

Les participants s'intéressent ensuite à la promotion de la santé et à la prévention. Le membre du SSP Vaud indique qu'un million ½ de francs par année a été investi pour le diabète dans le canton durant la législature 2008-2012. La nouvelle législature 2012-2017 visera à accentuer les aspects de promotion de la

santé et de prévention afin de supporter la charge que représentera la population vieillissante à l'avenir. La prévention secondaire et tertiaire continuera d'être prise en compte. Le budget limité du PcD n'a pas permis de reconduire la campagne de promotion de la santé et de dépistage du diabète et des autres facteurs de risques réalisée avec le concours des pharmacies en 2010. Le PcD a préféré mettre l'accent sur l'organisation des forums régionaux en 2011, afin de se faire connaître des soignants. La campagne pourrait cependant être renouvelée à l'avenir. D'autres campagnes de promotion de la santé sont toutefois prévues en 2012, notamment une du programme « ça marche » en collaboration avec la Société Vaudoise de Pharmacie qui visera à mieux informer le public sur l'alimentation et les activités physiques.

Les soins de podologie non-remboursés par la LAMal ou selon le contrat d'assurance complémentaire des patients sont aussi évoqués. Des collaborations entre des centres de prise en charge et des assurances-maladies existent toutefois. Par exemple, il existe une collaboration entre Diabaide et la CSS qui a permis d'établir une convention sur un forfait de podologie pour autant que le médecin généraliste ou spécialiste indique la nécessité de ces soins. De son côté, la Société Suisse de Podologie est en train de réaliser un dossier afin de faire prendre en charge ces prestations par l'assurance de base. Un groupe de travail du PcD a également été mis sur pied pour réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques par la prise en charge des prestations de podologie, par la formation des patients et par la sensibilisation des professionnels (par exemple à l'examen du pied par les médecins de premier recours). Des projets devraient voir le jour sur ces aspects l'année prochaine.

Le problème des contrats d'assurance avec choix limité des consultations (nécessité d'appeler d'abord une centrale téléphonique ou de passer par son médecin généraliste avant d'autres consultations) est aussi rapidement mentionné.

#### **d) Travail interdisciplinaire**

Pour le pharmacien présent, le rôle de coordinateur revient au médecin généraliste. C'est d'ailleurs lui qui, dans le groupe de Chailly, prescrit les consultations avec d'autres professionnels (comme la diététicienne du groupe, par exemple). Il peut alors déléguer une partie de ses tâches. Pour le médecin diabétologue, le patient est au centre de la prise en charge et il n'est pas forcément nécessaire d'avoir un « chef d'orchestre » puisque certains patients sont très actifs dans leur prise en charge. Pour les patients qui le seraient moins, le rôle de coordinateur peut revenir au médecin généraliste mais aussi parfois au spécialiste dans certains cas. Le membre du SSP Vaud souligne quant à lui l'importance d'avoir un coordinateur de la prise en charge (quelque soit la personne désignée) et que ce coordinateur soit connu des autres professionnels. Il évoque alors le case manager qu'il définit comme la personne qui détient « le porte-monnaie » du patient et qui va chercher les meilleures prestations au meilleur endroit pour l'orienter selon sa situation. Ce rôle est différent de celui des infirmières de liaison qui sont dans les réseaux de soins et qui s'occupent de la circulation des personnes, surtout âgées, entre les structures. Le rôle de case-

manager peut s'apparenter à celui d'infirmière de transition, comme il en existe dans le programme de transition pédiatrique, qui accompagne le patient, le soutient dans son quotidien et s'occupe des aspects médico-sociaux de sa prise en charge. Le médecin diabétologue précise que les infirmières case managers peuvent réguler la médication et assurer la transition entre les milieux. L'idée étant d'avoir quelqu'un, spécialement formé, qui garde en mémoire le parcours du patient. Certaines assurances comme la CSS développent aussi un service de care managers considérant qu'« une personne bien soignée est une personne qui coûte moins cher ». Sur demande des patients, ces care managers les orientent au sein des différents partenaires de soins ; orientation qui serait facilitée dans les régions où des réseaux existent déjà. Les care-managers devraient toutefois être neutres, c'est-à-dire, fonctionner indépendamment des assurances.

Le rôle de l'AVD est évoqué pour indiquer sa participation dans le groupe de Chailly puisqu'une des infirmières en diabétologie de l'association fait partie du groupe. Le rôle des assistantes médicales n'est pas évoqué.

**Conclusion :** *Les discussions de ce deuxième forum ont essentiellement été orientées sur les réseaux, leur définition, leur financement et leur cadre politique. L'existence d'initiatives positives de regroupement entre professionnels montre les possibilités d'amélioration de la prise en charge du diabète dans le canton de Vaud sous couvert d'une bonne formation des professionnels et d'une définition claire des rôles.*

*Ces derniers points ont aussi fait l'objet de nombreuses discussions durant les focus groupes de la recherche exploratoire sur les expériences et les besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé du canton de Vaud. Même si des problèmes de définition du terme « réseau » sont aussi apparus durant les focus groupes de la recherche exploratoire, ils ont cependant moins été soulignés par les participants notamment parce qu'ils n'ont pas fait l'objet de questions par l'animatrice.*

## 5 SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE DU FORUM DIABÈTE DE LA RÉGION OUEST (01.12.2011)

### a) Prise en charge des patients diabétiques

Les participants à cette table ronde discutent d'abord de Diabaide, de son fonctionnement et de son rôle. Diabaide semble être une bonne structure de prise en charge du diabète mais elle ne possède actuellement qu'un poste ½ de soins ce qui ne lui permet d'assurer qu'environ 2000 consultations par année. Ses ressources sont donc limitées et elle peine à faire face à l'augmentation des patients qui lui sont adressés par des médecins. Toutefois, les professionnels de cette structure sont décrits comme disponibles et comme pouvant se déplacer dans d'autres structures pour former le personnel à une meilleure prise en charge du diabète. Diabaide est notamment intervenu dans des CMS de la région de même que dans une structure accueillant des personnes souffrant de handicap. En effet, certains professionnels des CMS, comme les infirmières, manqueraient de formation et n'en seraient pas toujours conscients, considérant que leur formation de base suffit à une bonne prise en charge des patients diabétiques. Une information élargie sur le diabète et sa prise en charge serait donc nécessaire.

Ensuite, les participants s'accordent sur l'importance de l'éducation thérapeutique mais débattent du meilleur moment pour informer le patient. Est-ce immédiatement après le diagnostic ou plus tard ? En effet, l'infirmière en diabétologie de Diabaide décrit une bonne qualité de la prise en charge du diabète dans la région mais mentionne le fait que certains patients regrettent de ne pas avoir été informés plus vite sur la maladie. Elle souhaiterait que tout patient diagnostiqué puisse voir une infirmière en diabétologie ou une diététicienne immédiatement. Le médecin généraliste indique que lorsque l'éducation thérapeutique est faite trop vite, il y a le risque que le patient, sous le choc du diagnostic, ne soit pas réceptif à l'information. Les participants constatent toutefois qu'un patient bien informé peut transmettre des informations à son entourage à titre préventif et jouer ainsi un rôle actif. Il peut aussi être une ressource envers ses pairs.

Les participants s'intéressent également au problème de la pénurie de personnel. Le député, membre de la commission de Santé Publique s'inquiète notamment de la pénurie des médecins de campagne. Il indique qu'il sera nécessaire de réfléchir à la manière de faire face à cette pénurie sans pour autant engager du personnel soignant étranger, puisque cela ne ferait que retirer de la main d'œuvre à des pays qui en ont aussi besoin. Le médecin généraliste ajoute qu'il manquera 500000 consultations pour les malades chroniques dans 10 ans.

Les participants proposent principalement :

- D'augmenter les ressources de Diabaide (voire d'en faire une équipe mobile)
- De créer des cabinets de groupe pluridisciplinaire (permettant aussi de prévenir le burn-out chez les médecins) et de leur mettre à disposition des locaux
- D'augmenter la formation des professionnels au diabète et à sa prise en charge
- De réfléchir aux possibilités de stratifier la prise en charge (quel patient doit voir quel soignant à quelles fréquences) pour faire face à la pénurie de personnel

## **b) Collaboration entre professionnels**

Les participants s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire pour les professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient chronique de se connaître et de collaborer. Le médecin généraliste collabore avec l'infirmière de son cabinet, qui est aussi sa réceptionniste. Il regrette que les médecins n'intègrent pas plus leurs collaborateurs directs à la prise en charge des patients, ces derniers montrant de l'intérêt à avoir un rôle plus actif. Les participants discutent également de la collaboration entre Diabaide et les autres professionnels extérieurs à la structure. En effet, des reproches ont été faits aux professionnels de Diabaide de « garder les patients ». L'infirmière en diabétologie indique néanmoins une amélioration de la collaboration notamment avec les médecins qui envoient plus facilement leurs patients à la structure. Cette collaboration s'est aussi renforcée grâce au dossier informatisé du patient, dont des informations sont transmises par système de fax aux médecins de la région. La collaboration serait également de bonne qualité avec les podologues de la région ainsi qu'avec les diététiciennes des hôpitaux de Morges et de Nyon, lieux de consultation de Diabaide. L'infirmière regrette toutefois le manque de retour d'information des médecins externes à Diabaide. Elle souhaiterait aussi que Diabaide puisse collaborer davantage avec les CMS et les EMS. De son côté, le médecin généraliste indique qu'il ne suffit pas d'avoir un dossier partagé pour parler de collaboration puisque le dossier réunit un ensemble d'indicateurs sur le patient mais ne remplace pas la connaissance du patient et de son vécu. De plus, une filière n'est pas forcément synonyme de collaboration puisque la collaboration est un acte, celui du dialogue et d'une proximité entre les professionnels. Il indique aussi que les soins fournis par Diabaide ne sont ni polyvalents ni continus, malgré l'existence d'une permanence téléphonique. L'aspect institutionnel de Diabaide semble aussi écarter les professionnels indépendants. La pharmacienne présente à la table ronde regrette le manque de collaboration entre Diabaide et les pharmaciens de la région alors que des projets de collaboration étaient prévus lors de la création de la structure mais ne se sont pas concrétisés. Elle indique que les pharmaciens peuvent pourtant jouer un rôle dans le réseau puisqu'ils reçoivent de nombreux patients venant à l'officine avec une série de questions auxquelles les pharmaciens peuvent répondre. Ils jouent aussi un rôle de soutien grâce aux entretiens de polymédication, aux analyses de médication ainsi qu'aux entretiens de motivation. Ces outils semblent toutefois peu connus ou pas assez utilisés. Les pharmacies offrent aussi

l'avantage d'être disponibles avec des horaires d'ouverture assez larges. De plus, il existe dans la région des cercles de qualité médecin-pharmacien, sur le modèle de ceux initiés à Fribourg, qui permettent une culture et un langage communs. Ces cercles de qualité ont lieu cinq fois par année et ont montré leurs bénéfices notamment dans les prescriptions médicamenteuses. Ainsi un médecin généraliste a par exemple diminué de 100'000 CHF ses coûts de prescription la première année en suivant les consensus établis dans ces cercles de qualité sur la base d'études scientifiques.

Le membre du comité exécutif de l'ARC indique le problème des professionnels pensant faire un bon suivi seul. Le député ajoute que ce sentiment d'être efficace seul est une erreur face à la complexité des maladies chroniques. Il semble nécessaire aujourd'hui de créer des réseaux. L'enjeu du Managed Care serait d'ailleurs de réfléchir aux moyens de rendre ces réseaux plus efficaces.

Finalement, la question de la définition des rôles est abordée. Il semble important de bien définir les rôles de chacun pour viser l'autonomisation du patient. Cette définition des rôles permettrait aussi de faciliter le travail en réseau et de diminuer le temps d'inertie thérapeutique (moment entre l'indication d'un traitement et les actions) qui a tendance à s'allonger quand plusieurs professionnels interviennent dans la prise en charge ou quand on privilégie la relation avec les patients. Des recommandations cliniques pourraient ici être utiles pour autant qu'elles s'adaptent à la situation des patients.

Les participants à la table ronde proposent donc :

- Une meilleure collaboration entre Diabaide et les professionnels indépendants, surtout pharmaciens et diététiciens
- Un renforcement du rôle du pharmacien et des infirmières dans la prise en charge du diabète
- Une définition claire des rôles de chaque intervenant dans la prise en charge
- Une extension du dossier patient partagé de Diabaide aux autres professionnels indépendants (pas seulement médecin)

### **c) Aspects financier et politique**

Pour le député présent, il est important de pouvoir constater les résultats positifs d'un programme tel que le PcD, notamment dans la manière dont le budget est utilisé. Il serait en effet difficile de mesurer le retour sur investissement après des actions de prévention par exemple. De plus, le Grand Conseil a voté la loi sur les réseaux mais les projets dans le cadre de cette loi se feraient attendre. Le membre du comité exécutif de l'ARC, aussi syndic de la commune de Bursinel, s'inquiète des sources de financement et de l'élargissement de certains projets qui finissent par oublier les fondamentaux qui sont la gestion du patient et de son suivi. Il regrette la multiplication des projets qui ne se seraient pas inspirés de la réalité du terrain. Le PcD rappelle que le but du programme n'est pas de dire aux professionnels ce qu'ils doivent faire mais également d'offrir un espace de réflexion à l'image de l'étude demandée pour explorer les besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé dans chaque région du canton. De même, le PcD fait

le tour des régions pour mettre en évidence les initiatives existantes sur le terrain afin de les développer, le PcD souhaitant être un « catalyseur » de ce qui existe déjà. De plus, le PcD réfléchit aux coûts engendrés par le diabète et à ce qu'il pourrait permettre comme économie. En effet, son budget s'élève à 1,5 million par année alors que le coût des amputations s'est élevé à 6 millions en 2008, sans compter les coûts indirects, ni les coûts de mise en dialyse dont une grande proportion est due au diabète, ni ceux de la cécité. Les buts du PcD sont donc, entre autres, de mettre sur pied des projets qui s'autofinanceront par la suite. DIAfit est un bon exemple avec un investissement de base pour payer la formation de 50 professionnels. Les prestations de podologie sont aussi en train d'être étudiées pour être intégrées à la LAMal. Les podologues ne sont en effet pas suffisamment reconnues alors que leur rôle dans la prévention des amputations est important. C'est pourquoi ces professionnels tentent de faire entendre leurs voix au niveau fédéral, avec l'aide du PcD.

Le PcD indique aussi que des négociations avec les assureurs sont nécessaires dès lors qu'il est possible de réduire les coûts avec un tel programme. Une négociation avec les assureurs-maladies a d'ailleurs eu lieu pour Diabaide. D'abord financé par le réseau ARC et le service de la Santé Publique, Diabaide a suscité l'intérêt des assureurs qui ont participé à son financement durant 2 ans. Les assureurs ont ensuite demandé à participer en proposant un forfait par capitation. Diabaide a donc négocié avec les assureurs de manière à ce que la coordination fasse partie des prestations de ce forfait de même que la podologie. Afin de ne pas discriminer les patients n'appartenant pas aux assurances avec lesquelles ce forfait a été décidé, Diabaide a décidé d'offrir ce forfait à tous ses patients grâce aux contributions financières externes. Ce genre de négociations avec les assurances permet à Diabaide comme au PcD de ne pas se voir imposer les conditions des caisses-maladies. Dans ce sens, la vision essentiellement asséculologique du Managed Care est à craindre. Le député présent indique aussi qu'il serait nécessaire d'avoir une certaine cohérence à l'intérieur des corporations pour résister à certains lobbies. Il cite l'exemple de la FMH où les intérêts des médecins généralistes et spécialistes divergent puisque l'augmentation des points Tarmed pour les généralistes diminuerait ceux des spécialistes. Il précise aussi le vote du Grand Conseil pour réhabiliter l'hôpital de Moudon avec un centre pluridisciplinaire et un CMS intégré. Il mentionne le travail fait à l'unité de promotion de la santé et de prévention avec une volonté autour du Dr Duperrey d'intervenir en milieu scolaire. Il s'agirait de mieux informer les enseignants pour leur permettre de prendre en charge des situations problématiques avec des enfants et adolescents (diabétiques ou asthmatiques) et de créer un groupe de volontaires pour accompagner les enfants durant les camps d'école. Cette volonté de collaborer avec les écoles vise aussi à promouvoir les activités sportives et une alimentation équilibrée.

Finalement, le médecin généraliste indique qu'un des points positifs du PcD est son ouverture à d'autres maladies. En effet, même si le diabète est l'objet principal de ce programme parce qu'il représente « le paradigme des maladies chroniques » (avec l'importance de l'auto prise en charge et de la collaboration entre professionnels), les patients qui en sont atteints ont aussi souvent d'autres maladies. Dans cette volonté d'élargissement, le PcD met d'ailleurs en place des projets comme la sensibilisation à l'éducation

thérapeutique. Le projet « Vivre mieux avec une maladie chronique » proposé, comme test, à des patients diabétiques dans deux régions du canton, pourrait aussi être étendu à d'autres maladies.

#### d) Travail interdisciplinaire

Les participants s'accordent sur le fait que le rôle de coordinateur de la prise en charge revient aux médecins généralistes qui devraient déléguer davantage de tâches telles que l'éducation thérapeutique, à d'autres professionnels.

***Conclusion :** Les discussions de ce troisième forum ont essentiellement portées sur deux aspects : le fonctionnement de Diabaide (avec le thème de la collaboration et de l'intégration des professionnels indépendants dans ce genre de structure) ainsi que les problèmes politiques et de financement liés à la mise en place des programmes comme le PcD.*

*Les thèmes évoqués sont semblables à ceux amenés par les participants aux focus groupes de la recherche exploratoire sur les expériences et besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé vaudois. Les problèmes politiques et de financement ont cependant moins été abordés durant les focus groupes notamment parce que les participants n'avaient pas de lien direct avec le milieu politique ; ils se sont surtout interrogés sur la rémunération des professionnels participant au PcD ainsi que sur le remboursement des prestations aux patients.*

## 6 SYNTHÈSE DE LA TABLE RONDE DU FORUM DIABÈTE DE LA RÉGION NORD-BROYE (08.12.2011)

### a) Prise en charge des patients diabétiques

Les participants à cette table ronde discutent beaucoup de Cap'Diab qu'ils trouvent très intéressant. Le diabétologue précise cependant que tous les médecins généralistes ne souhaitent pas suivre des patients diabétiques et préfèrent donc les référer à un diabétologue, ce que conteste le médecin généraliste présent. En effet, les médecins généralistes rencontrent beaucoup de patients diabétiques et ils perdraient une bonne partie de leur clientèle s'ils ne voulaient pas prendre en charge ces patients. Le médecin cite aussi l'avantage de Cap'Diab de redonner un rôle central au médecin de famille dans la prise en charge. De plus, l'intervention de l'infirmière au cabinet du médecin est positive puisque cela permet au patient de venir dans un même lieu de consultation. Le cabinet médical est un lieu important pour le patient, celui de la relation singulière qu'il entretient avec son médecin. Sans remettre en cause la motivation des médecins généralistes, le diabétologue indique que le système de Cap'Diab n'est pas suffisant car pas adapté aux patients complexes qui nécessiteraient plus d'intervenants que les seuls médecins-infirmiers. Les patients complexes auraient en effet besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire. C'est pourquoi ce médecin, chef du service de médecine interne de l'Hôpital Intercantonal de la Broye et seul diabétologue de cette région, a décidé de créer, au sein de son service, une structure de prise en charge pluridisciplinaire. Cette structure est constituée d'une équipe de 3 infirmières, 3 diététicien(ne)s, un ergothérapeute, un bottier, un chirurgien spécialisé dans le pied et des physiothérapeutes proposant des cours d'aquagym ou des cours pour patients en surpoids. Le patient diabétique voit d'abord une infirmière qui évalue sa situation et ses besoins. Elle établit ensuite, avec le médecin-chef, un projet thérapeutique (avec un volet d'éducation) puis réfère le patient aux professionnels qu'elle juge nécessaires. Le diabétologue, par manque de temps, ne voit le patient qu'à la fin du processus de prise en charge. Le patient est ensuite renvoyé chez son médecin généraliste. Le diabétologue précise que, par cette démarche, le patient semble plus réceptif aux informations reçues par l'infirmière ou la diététicienne puisqu'il n'a pas eu le discours du diabétologue en premier, qu'il aurait tendance à faire primer sur le discours des autres professionnels. Dans cette démarche, le médecin spécialiste appuie, à la fin, les notions importantes amenées par l'infirmière ou la diététicienne. Les infirmières de Cap'Diab pourraient, d'après lui, faire partie d'une équipe pluridisciplinaire de ce genre. Cela leur permettrait de continuer leur travail avec les médecins généralistes installés mais aussi de pouvoir s'adresser à d'autres professionnels en cas de problèmes, et de prendre en charge des patients plus complexes. L'infirmière en diabétoologie indique qu'il est en effet important, pour les infirmières, de se sentir soutenues à la fois par le médecin généraliste et le médecin diabétologue, car les cas deviennent de plus en plus complexes.

Un médecin en Santé Publique précise que les nouveaux modèles de prise en charge sont basés sur des preuves de leur efficacité et qu'ils visent à stratifier la prise en charge en fonction de la complexité du patient. Les professionnels interviendraient donc selon le degré de sévérité de la maladie (tous les patients diabétiques n'ont pas besoin de voir régulièrement un podologue par exemple). Il serait aussi nécessaire de comprendre les besoins des patients et d'utiliser leurs capacités d'auto-prise en charge et leurs ressources, comme la famille par exemple.

L'infirmière en diabétologie note l'existence de patients diabétiques sous traitement, vivant depuis longtemps avec la maladie mais dont les connaissances sur le diabète et son traitement sont lacunaires. L'éducation thérapeutique est donc importante, en fonction des besoins des patients. Finalement, le patient devrait se responsabiliser car il est au centre de la prise en charge.

Les participants proposent principalement de développer le binôme médecin-infirmière de Cap'Diab.

## **b) Collaboration entre professionnels**

L'infirmière en diabétologie indique que la collaboration est bonne avec les médecins appartenant à Cap'Diab et que les colloques d'Estavayer permettent un échange entre infirmières et médecins diabétologues. Elle trouve cependant que la collaboration est plus difficile avec les médecins généralistes qui n'appartiennent pas à ce réseau. Le médecin généraliste précise qu'il y a 30 ans, les infirmières en diabétologie n'existaient pas et qu'il n'y avait que deux diabétologues dans tout le canton. Les médecins généralistes étaient donc seuls et plusieurs ont gardé cette habitude de travailler en solo. Néanmoins, beaucoup de médecins ont compris que cette habitude était obsolète, de même que la volonté de « garder ses patients », et qu'il était nécessaire de travailler de manière interdisciplinaire. Cette interdisciplinarité se serait développée avec l'arrivée des CMS et serait une « culture » à acquérir pour les médecins installés depuis longtemps. Les médecins plus jeunes auraient plus de facilité au travail interdisciplinaire puisqu'il entre désormais dans la formation pré-graduée des médecins. Il semble néanmoins difficile de faire comprendre aux médecins généralistes l'importance de l'interdisciplinarité et de la collaboration avec des professionnels non-médecins. Seulement 15% des médecins généralistes font partie de Cap'Diab et il ne serait pas facile de comprendre pourquoi les autres médecins n'en font pas partie. Il y aurait peut-être la peur de « perdre du temps et de l'argent » en collaborant avec l'infirmière ou de « perdre le patient ». La collaboration entre médecins existe puisque les médecins généralistes envoient leurs patients chez des spécialistes en sachant que les patients reviendront ensuite chez eux, sinon la relation d'interdisciplinarité est rompue. Cette collaboration semble moins évidente avec d'autres professionnels et il y aurait également des résistances de la part des patients d'aller consulter d'autres professionnels.

Le pharmacien présent indique que les pharmaciens ont un rôle à jouer dans les réseaux de soins parce qu'ils voient régulièrement de nombreux patients diabétiques (des cas simples au cas complexes). Il existe aussi une forme de collaboration entre les pharmaciens et les autres professionnels (médecins,

infirmières) sous forme de contacts téléphoniques concernant les traitements des patients. Cette collaboration ne repose cependant que sur la volonté des professionnels et il serait nécessaire de la renforcer notamment pour avoir un langage commun face au patient. Un médecin généraliste précise que l'inclusion des pharmaciens dans la plate-forme de diabétologie de la région Nord-Broye est actuellement en discussion, car le manque de ressources en personnel actuel et à venir met en évidence l'importance de la collaboration. Le manque d'infirmières en diabétologie pourrait être comblé en en formant davantage. L'infirmière en diabétologie mentionne alors le fait que leur formation les autorise à former des pairs. Ce type de formation existe d'ailleurs sous forme de journées de formation dans les CMS.

L'idée de former plus d'infirmières en diabétologie pour faire face à la pénurie de personnel est toutefois nuancée. Il y aurait effectivement peu de médecins, d'infirmières en diabétologie et d'autres professionnels par rapport au nombre de patients qui ne cesse d'augmenter. Mais les diététiciennes tout comme les infirmières en diabétologie seraient aussi peu sollicitées. Les premiers résultats de l'enquête concernant l'évaluation de la prise en charge du patient diabétique vaudois montrent que les infirmières en diabétologie sont très peu vues par les patients. Les médecins généralistes n'auraient par exemple, pas le « réflexe » de faire appel aux infirmières. Celles qui travaillent en milieu hospitalier auraient d'ailleurs peu de retour sur les patients qu'elles auraient envoyés aux médecins généralistes. De plus, pour être formées, les infirmières doivent avoir un lieu de pratique, ce qui leur est difficile puisqu'elles sont peu sollicitées. L'infirmière en diabétologie se demande si elle et ses pairs ne devraient pas mieux se faire connaître des médecins de la région. Le médecin généraliste estime qu'il y a surtout un problème de répartition géographique avec des régions dans lesquelles ces infirmières seraient plus nombreuses que d'autres.

L'importance de la communication est finalement rappelée, dans ce sens le dossier informatisé pourra être utile. Le médecin généraliste indique toutefois le long délai de mise en place d'un système informatique compatible dans tous les cabinets de médecins. Le passeport diabétique sera donc utile dans l'intermédiaire. Il existe également le classeur utilisé dans les CMS, fonctionnant bien et qui est en voie d'être informatisé. La communication entre professionnels aurait toutefois moins besoin d'être formalisée dans les régions rurales où les professionnels se connaissent généralement assez bien et échangent régulièrement.

Les participants suggèrent donc de :

- Renforcer l'interdisciplinarité
- Augmenter les ressources dans les régions qui en manquent
- Utiliser les ressources existantes comme les infirmières en diabétologie
- Définir le rôle de chacun
- Trouver des outils pour améliorer la communication/collaboration (dossier informatisé, passeport diabétique, lettre de sortie d'hôpital contenant date du prochain rv avec le médecin de famille)

### c) Aspects financier et politique

Le diabétologue précise que le vieillissement de la population et la complexification des patients génèrent des coûts croissants. Une prise en charge par le seul médecin généraliste ou diabétologue sera à terme trop coûteuse. Le conseiller communal présent indique que les communes peuvent intervenir pour des aspects administratifs de la prise en charge et aider, par exemple, à trouver des locaux pour offrir un lieu au groupe de pairs entre patients diabétiques.

La Société Vaudoise de Médecine est partie prenante du programme cantonal de même que l'Association des Médecins Omnipraticiens Vaudois. C'est donc signe, pour le médecin généraliste, d'une prise de conscience de la nécessité de prendre en charge globalement le patient diabétique. Cette nécessité amène le Pcd à réfléchir aux possibilités d'intégrer différents professionnels. Il a notamment inclus les pharmaciens dans la mise en place de recommandations aux patients diabétiques. Il existe aussi un groupe de réflexion pluridisciplinaire qui tente de trouver des solutions aux problèmes de remboursement des prestations de soins de podologie au niveau cantonal. Diabaide a par exemple pu inclure ces soins dans un forfait de prestations. Un changement de la LAMal serait cependant nécessaire. C'est pourquoi la Société Suisse des Podologues avec le soutien de deux juristes va essayer de se faire entendre au niveau fédéral afin de faire rembourser ces soins par l'assurance de base. Une analyse ciblée au niveau Suisse pour évaluer les coûts liés aux amputations devrait servir d'argument au niveau politique et asséculoologique.

### d) Travail interdisciplinaire

L'intérêt de Cap'Diab est de revaloriser le rôle de l'infirmière, ce qui semble être une nécessité, d'après le diabétologue qui considère qu'une partie des tâches du médecin-spécialiste pourrait leur être déléguées (soins, entretien de motivation, éducation thérapeutique). Les infirmières en diabétologie bénéficient en effet d'une formation à l'éducation thérapeutique, de même que les diététicien(ne)s.

**Conclusion :** *Les discussions de cette table-ronde ont mis en lumière les avantages de Cap'Diab qui donne un rôle central au médecin généraliste et revalorise celui de l'infirmière en diabétologie. Ce système pourrait être élargi à d'autres régions du canton et en incluant d'autres professionnels. Il faudrait toutefois pouvoir utiliser les professionnels existants, savoir motiver les médecins au travail interdisciplinaire et coordonner les différents projets se développant dans les régions.*

*L'importance donnée dans cette table ronde aux thèmes de la collaboration entre professionnels (y.c non-médecins), de l'utilisation des ressources existantes et de la motivation des professionnels rejoint les thèmes abordés durant la recherche exploratoire sur les expériences et besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé vaudois.*

## 7 POINTS COMMUNS AUX DISCUSSIONS DES TABLES–RONDES

Nous présentons ici les points de convergences par thèmes, trouvés dans les discussions des tables-rondes des quatre forums Diabète. Nous n'identifions que les points communs, étant donné qu'il n'y a pas eu de divergences importantes sur un thème particulier, à savoir un désaccord ou des opinions opposées entre régions. Les seules divergences existantes sont celles liées aux thèmes abordés et à l'importance accordée à ces thèmes, qui, rappelons-le, ont souvent été amenés par l'animatrice. Il est donc normal que les discussions n'aient pas toujours tourné autour des mêmes aspects.

### a) Prise en charge

Les discussions tournent principalement autour des projets régionaux et de leur fonctionnement. Au-delà de ces projets, les intervenants s'accordent sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins et aux ressources des patients. De même, ils indiquent la nécessité d'une bonne éducation thérapeutique des patients et soulignent, pour cela, l'importance d'une solide formation des professionnels. La pénurie de personnel ressort comme préoccupation.

Les intervenants proposent des solutions communes telles que :

- Le renforcement des structures ou des projets existants voire leur développement dans d'autres régions du canton
- Une meilleure formation des professionnels de la santé au diabète et à sa prise en charge

### b) Collaboration entre professionnels

Ce thème est celui qui a le plus été exploité durant les forums. Le thème des réseaux a également été traité mais un manque de définition claire et partagée du terme « réseau » est apparu.

Les intervenants s'accordent sur le fait qu'une collaboration entre différents professionnels de la santé est nécessaire pour prendre en charge les patients chroniques. Des formes de collaboration existent et fonctionnent bien à l'intérieur des structures existantes (comme Diabaide par exemple) et dans le réseau informel du médecin. Néanmoins, cette collaboration serait plus difficile avec les professionnels indépendants et particulièrement avec les diététiciens, podologues et pharmaciens. Ces derniers indiquent qu'ils ont un rôle à jouer dans la prise en charge car ils rencontrent fréquemment les patients et ont différentes possibilités d'intervention (entretiens de polymédication, entretiens motivationnels). Ce manque de collaboration avec les professionnels indépendants peut être dû à un manque d'information sur l'existence de ces professionnels. Il serait donc nécessaire pour les professionnels de se connaître, de travailler ensemble et d'adopter un langage commun.

Pour cela une série d'outils pourrait être utile. Le classeur de transmission des CMS est cité comme un bon exemple permettant aux professionnels de communiquer. Le passeport Diabète pourrait venir combler ce manque de communication de même que le dossier informatisé du patient, à plus long terme.

Les intervenants souhaiteraient :

- Une meilleure collaboration et communication entre les professionnels de la santé
- Une définition claire des rôles de chacun
- La mise en place d'outils pour favoriser la communication

### **c) Aspects financier et politique**

Les intervenants s'interrogent sur le mode de financement du temps passé à la collaboration et au travail en réseau. La question de « qui paye quoi » s'est donc posée.

Ils discutent aussi des prestations de podologie, non-remboursés par la LAMal. Les démarches de la Société Suisse de Podologie afin de faire prendre en charge ces prestations par l'assurance de base sont alors mentionnées.

Le rôle du PcD est aussi largement discuté sur plusieurs points : les possibilités d'économies réalisables par ses actions de prévention primaire et secondaire ; le regroupement des projets régionaux ; le lancement d'initiatives avec les possibilités d'auto-financement ; les possibilités de remboursement des soins de podologie ; et la mise à disposition d'outils, tels que le passeport diabète, les guidelines ou des listes de professionnels.

### **d) Travail interdisciplinaire**

Les intervenants semblent s'accorder sur le fait que le patient est au centre de la prise en charge et qu'il y joue ou doit y jouer un rôle actif. Le médecin de famille occupe aussi un rôle central puisqu'il connaît le patient. Il aurait le rôle de coordinateur de la prise en charge, qui pourrait être donné au médecin-spécialiste dans certains cas. Ces médecins devraient ensuite déléguer une partie de leurs tâches à leurs collaborateurs directs (réceptionniste) ou à des infirmières spécialisées (fonctionnement de Cap'Diab). Le rôle des diététiciens, podologues et pharmaciens serait également à prendre en compte (dans leurs capacités à éduquer et à motiver le patient) ainsi que celui de l'AVD.

## 8 CONCLUSION

Bien que les intervenants aux tables-rondes des quatre forums Diabète aient basé leurs discussions sur les structures et les projets se développant dans leur région, une série de préoccupations et de solutions communes ont été mises en évidence. Ainsi l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins des patients et fournie par des professionnels formés et collaborant étroitement est partagée.

Les différents aspects évoqués dans les discussions des tables-rondes rappellent ceux des focus groupes de la recherche exploratoire sur les expériences et les besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé vaudois. Ces derniers sont complétés par les premiers, notamment au niveau financier et politique ainsi qu'au niveau du rôle du PcD. Celui-ci s'est en effet largement développé entre le moment de la recherche exploratoire et celui des forums.

Sur la base de cette synthèse, une série de propositions peut être amenée. Il s'agirait pour le PcD de :

- Soutenir le développement des projets régionaux, en les faisant mieux connaître, entre autres;
- Encourager l'intégration des professionnels indépendants tels que les diététiciens, podologues, pharmaciens ;
- Favoriser la communication et la collaboration entre professionnels par le biais d'outils (par exemple grâce à la diffusion, par région, d'une liste de professionnels) ;
- Trouver des solutions pour améliorer la formation des professionnels, notamment à l'éducation thérapeutique ;
- Réfléchir aux moyens de financer la collaboration et le travail en réseau ;
- Continuer sa réflexion sur les possibilités de remboursement des soins de podologie.