

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

*Hôpital universitaire
en transformation?*

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

4
JUN
2002

Editorial

L'Hôpital universitaire en mutation

Forteresse imprenable, tour d'ivoire où les professionnels se coupent et sont coupés de la réalité des soins dans la communauté, l'Hôpital universitaire, le CHUV pour ne pas le nommer, souffre d'un déficit chronique d'image au sein de la communauté médicale de ce canton. Et pourtant...!

Ce numéro du CMV, inspiré par le comité de rédaction (nous l'en remercions vivement), souhaite faire le point sur les interfaces existantes, ou en devenir, entre l'Hôpital universitaire¹ et la «médecine de ville». Les éclairages que nous vous proposons illustrent, à notre avis, qu'à l'opposé des idées reçues, l'Hôpital universitaire est en mouvement et que certains murs, et non des moindres, tombent.

Ce dossier montre, en effet, que l'Hôpital universitaire est dans un processus – de longue haleine mais qui va en s'accéléralant – de désenclavement. «Il» prend peu à peu conscience de l'impérieuse nécessité de l'ouverture sur la communauté et de sa place spécifique dans une véritable chaîne de soins. La place qui est progressivement faite aux praticiens dans l'enseignement de la médecine souligne le tournant qui est pris (voir l'article du Prof. Pécoud). Sur le terrain, les infirmières de liaison jouent un rôle essentiel pour assurer des passerelles entre l'hôpital et les autres acteurs du système de santé. Par ailleurs,

¹ Par mesure de simplification et dans un souci d'intégration, nous regroupons sous «Hôpital universitaire» la réalité actuelle des Hospices cantonaux, à savoir le CHUV, les institutions psychiatriques, le Département de santé communautaire.

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Les praticiens entendent jouer un rôle actif

Une situation qui menace les missions d'un service d'urgences

Se renouveler pour mieux répondre aux demandes de la population

Un paradigme pour la formation continue

Ouverture et contrainte en psychiatrie

Centre de traitement en alcoologie

16

Calendrier médical vaudois



Prochaines parutions

N° 5/2002
28 août 2002
(délai rédactionnel:
12 juillet 2002)

N° 6/2002
14 octobre 2002
(délai rédactionnel:
30 août 2002)

Faxmed a été une première étape pour faciliter les communications et la coordination entre les médecins référents et les équipes soignantes; un projet d'interconnexion par Internet, qui succédera à Faxmed, est d'ailleurs en cours de développement.

Cette évolution découle en quelque sorte naturellement des changements de profil de la population. Le pourcentage des personnes de plus de 65 ans passera, selon les hypothèses démographiques du SCRIS², de 16% (1990) à 20% de la population du canton d'ici à 2025, alors que celui des personnes âgées de plus de 80 ans augmentera de 30% en dix ans. Nombre de personnes âgées vivent seules et ce phéno-mène va en s'accroissant. Le vieillissement de la population augmente les problèmes de santé chroniques qui ont des conséquences importantes sur la continuité des soins.

La prise en charge d'une population vulnérable, souvent économiquement fragile, implique l'indispensable développement de services de santé communautaire et de psychiatrie communautaire pour faire face à ces nouveaux besoins. Qui plus est, les mouvements migratoires maintiendront à son niveau actuel la population jeune, mais entraîneront un changement des besoins: les enfants et adolescents migrants passeront de 29 à 40% de la population pédiatrique en 2015, le nombre de femmes migrantes en âge de procréer sera élevé, alors que le niveau socio-économique de cette population sera bas.

La réorganisation des urgences du CHUV, le projet ambitieux de «site unique» pour la prise en charge des enfants et adolescents, les programmes de soutien mis en place pour former les professionnels à assumer les problèmes d'abus de substances dans notre société sont autant de signes que les relations évoluent entre l'Hôpital universitaire et la communauté sanitaire.

**Henri Corbaz, directeur général a.i.
du CHUV et des Hospices cantonaux**

**Daniel Petitmermet,
secrétaire général des Hospices cantonaux**

² Service cantonal de recherches et d'informations statistiques.



*Revue de la
Société vaudoise de médecine*

Comité de la SVM

D^r Charles-A. Favrod-Coune, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Jean-Marc Lambercy
D^r Philippe Munier
Professeur Alain Pécoud
D^r Bertrand Vuilleumier

Comité de rédaction du CMV

D^{resse} Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosselet

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021 652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021 652 32 21
E-mail: SecGen.SVM@com.mcnet.ch

Fondation pour la garde médicale S.O.S. – Médecin de garde

Tél. 021 213 77 77 (24 heures sur 24)
Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76
1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
inEDIT Publications SA
Chemin des Jordils 40
Case postale 74 – 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021 695 95 95
Fax 021 695 95 51

Réalisation

inEDIT Publications SA

Dossier

Enseignement de la médecine

Les praticiens entendent jouer un rôle actif

Ces dernières années, l'évolution des Hospices cantonaux et de la Faculté de médecine a créé les conditions pour un rapprochement progressif entre médecins pratiquant dans la communauté et médecins hospitaliers. La création du Département de médecine et santé communautaires atteste que la communauté est devenue un deuxième lieu d'enseignement, en plus de l'hôpital qui est investi par le système universitaire depuis de nombreuses années.

Le rapprochement entre le Service de pédiatrie du CHUV et de l'Hôpital de l'Enfance discuté dans un autre article de ce numéro (pages 9 et 10) va dans ce sens, en associant à un service de pointe un autre service orienté vers la médecine de premier recours comme elle est pratiquée à Montétan. La liaison entre Hospices cantonaux et Policlinique médicale universitaire a également permis d'améliorer et de développer, dans le système «hospitalo-universitaire», une capacité d'enseigner et de promouvoir le généralisme sur le plan académique.

Les praticiens-enseignants

Ces quelques lignes visent à informer le lecteur du *CMV* d'un nouvel aspect des relations entre l'Université et les praticiens: celui où des médecins de la communauté sont progressivement intégrés dans les programmes d'enseignement pour étudiants en médecine. A Lausanne comme ailleurs, l'évolution vers le recours aux médecins de la communauté pour participer à la formation de nos futurs collègues est irrémédiable, et nous y travaillons pour les raisons suivantes:

- toutes les réformes de l'enseignement vont vers une augmentation de l'exposition clinique des étudiants, or deux points rendent les possibilités d'enseignement plus complexes. D'une part, les patients que l'on trouve à l'Hôpital universitaire font des séjours de plus en plus courts en raison du développement

de la médecine ambulatoire, et d'autres sont dans un état grave, peu compatible avec l'enseignement (soins intensifs, par exemple);

- on assiste à une «tertiarisation» progressive de l'Hôpital universitaire: les pathologies que l'on y rencontre sont de plus en plus éloignées de celles qui préoccupent le praticien dans la communauté;
- les réformes de l'enseignement tiennent maintenant compte des besoins exprimés par les responsables de la santé publique, notamment la nécessité de fournir à la communauté une proportion suffisante de médecins de premier recours bien formés.



OFFRE DE SOUSCRIPTION

La Société vaudoise de médecine réalise une plaquette sur «**La médecine vaudoise aujourd'hui**»

comprenant le texte du sondage réalisé par le Prof. F.-X. Merrien de l'Institut des sciences sociales et pédagogiques, la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne - Etude pour le compte de la Société vaudoise de médecine.

Cette publication, éditée par «Médecine & Hygiène», fera l'objet d'une vente en librairie au prix public de Fr. 22.- (TVA incluse) et paraîtra dans le courant de l'automne.

La SVM vous soumet une offre de souscription pour la commande de cet ouvrage **au prix préférentiel de Fr. 15.- pour les membres SVM** et Fr. 18.- pour les non-membres (TVA incluse) + frais d'envoi.



BON DE COMMANDE

Plaquette «La médecine vaudoise aujourd'hui»

Par la présente, je commande (nous commandons) exemplaire(s) au prix de souscription

tarif membres Fr. 15.- (TVA incluse) + frais d'envoi

tarif non-membres Fr. 18.- (TVA incluse) + frais d'envoi

contre facture payable à 10 jours.

Nom: _____ Prénom: _____

Rue: _____ No _____

NPA: _____ Localité: _____

Date: _____ Signature: _____

A renvoyer au Secrétariat de la Société vaudoise de médecine
Route d'Oron 1 - case postale 76 - 1010 Lausanne
Tél. 021 652 99 12 - Fax 021 652 32 21 - secgen.svm@mcnet.ch

Il se développe progressivement un certain degré d'incompatibilité entre les besoins de l'Hôpital universitaire, qui doit se positionner comme hôpital de dernier recours, et les possibilités de former les étudiants et les jeunes assistants à la médecine pratiquée dans les cabinets de ce pays.

Pour prévenir ce risque, des institutions comme l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne ou la Polyclinique médicale universitaire ont resserré leurs liens avec l'ensemble hospitalo-universitaire et la Faculté de médecine. Ces institutions, dont le champ d'activité se trouve justement dans la communauté, doivent non seulement mettre à disposition leur patientèle au service de l'enseignement mais, grâce aux liens qu'elles ont traditionnellement établis avec les praticiens de la communauté, elles doivent jouer un rôle actif pour promouvoir le concept du «praticien enseignant». En effet, ces institutions n'ont pas à elles seules la patientèle suffisante pour répondre aux besoins et de plus, elles pratiquent un type de médecine plus proche, mais encore un peu différent, de celui

des praticiens installés dans la communauté.

Depuis une dizaine d'années, la Polyclinique médicale universitaire (PMU) soutient les efforts remarquables d'un groupe de praticiens généralistes et internistes généraux, extrêmement actifs dans la volonté d'enseigner la médecine qu'ils pratiquent, les valeurs qu'ils défendent et la place qu'ils doivent avoir dans la société. C'est ainsi qu'est née l'UMG (Unité de médecine générale). Les praticiens qui en font partie enseignent parfois dans leur cabinet et parfois à de petits groupes dans un auditoire de la Faculté. Ils aident les étudiants à préparer l'examen final de médecine et fonctionnent également comme experts dans ce cadre. L'adéquation de leur enseignement à la pratique extrahospitalière et la formation pédagogique qu'ils ont reçue comptent beaucoup dans le fait que leur enseignement est très suivi et qu'il est évalué de façon très positive par les étudiants.

Ces praticiens sont aussi plus que des enseignants: ils offrent aux étudiants qui le désirent d'être parrainés

dès leur deuxième année de médecine, c'est-à-dire un accompagnement informel destiné à leur faire découvrir la vie du praticien hors de l'hôpital. Près de 60% des étudiants choisissent d'y adhérer.

Les praticiens-chercheurs

Enfin, les praticiens de l'UMG ont suivi le modèle «humboldtien» de l'Université où il n'y a pas d'enseignement sans recherche. Ils sont donc organisés en un réseau de recherche en cabinet médical, créant la connaissance sur des sujets qu'ils choisissent eux-mêmes et suivant des protocoles de recherche qu'ils conduisent avec l'aide technique de consultants universitaires.

La boucle est ainsi bouclée: formation pédagogique, enseignement, recherche, les praticiens deviennent des enseignants que la Faculté reconnaît et dont elle aura de plus en plus besoin. On assiste effectivement à un tournant dans l'évolution de la Faculté, à Lausanne comme ailleurs.

Prof. A. Pécoud

Engorgement chronique des urgences du CHUV

Une situation qui menace les missions d'un service d'urgences

De plus en plus de patients se rendent aux urgences alors que la nature de leur pathologie ne relève pas toujours de l'urgence vitale. La surcharge de travail qui en découle et à laquelle le personnel urgentiste fait quotidiennement face met en danger la fonction première des services d'urgences.

Les services d'urgences font régulièrement parler d'eux dans la presse. Ainsi, *L'Hebdo* du 8 mai 2002 en faisait encore sa couverture. L'encombrement chronique, les délais d'attente et leurs conséquences sur la qualité de la prise en charge sont les thèmes habituellement abordés. Ces problèmes touchent l'ensemble des centres d'urgences des pays occidentaux, et n'épargnent donc pas le CHUV. La problématique des urgences est devenue un thème récurrent, et l'absence de solution simple finit par lasser les patients, les politiciens, les médecins qui y travaillent ou y adressent leurs patients, ainsi que le personnel soignant. La perception des services d'urgences à l'extérieur est que nous ne remplissons plus notre mission. Cette

impression est trompeuse même si la surcharge affecte l'ensemble des tâches de notre service: l'accueil et l'organisation de la prise en charge des patients, la recherche et l'enseignement. Il nous paraît donc opportun de présenter l'état des lieux et les développements des trois principales missions d'un service d'urgences universitaire.

La mission d'accueil

Un service d'urgences répond au besoin de chaque personne de pouvoir accéder en tout temps au réseau de santé lorsqu'elle ressent une urgence physique, psychologique ou sociale. Ainsi, avant d'être une source de problèmes, un service d'urgences est

d'abord une solution apportée à la population qu'il dessert, et pour laquelle il fournit en tout temps des moyens diagnostiques et thérapeutiques. En 2001, le Centre interdisciplinaire des urgences (CIU) du CHUV a accueilli 41 467 patients, soit une moyenne de 114 admissions par jour, dont 37 dans le secteur de médecine adulte.

Pour fonctionner de façon efficace et donc remplir au mieux sa fonction, le service d'urgences requiert qu'un certain nombre de conditions soient remplies en amont comme en aval, mais également au sein même de l'hôpital. Nous allons passer en revue un certain nombre d'éléments indispensables au succès de notre mission.

1. Un service d'urgences ne devrait recevoir que des cas véritablement urgents

La fréquentation du CIU, est-il encore besoin de le rappeler, est en constante progression! De 1993 à 2001, le nombre de patients a progressé de

35%. Le vieillissement de notre population et le recours au CIU par des patients mal intégrés au système de santé expliquent la plus grande partie de cette augmentation.

Le pourcentage de cas graves est resté le même, traduisant une augmentation de leur nombre absolu. Pour cette catégorie de patients, les moyens médico-infirmiers doublés d'un plateau technique complet permettent de poser rapidement un diagnostic et d'instaurer un traitement adéquat dans les plus brefs délais. La rapidité de la prise en charge est capitale pour le devenir de nombreux patients. En effet, l'instabilité du patient, mais aussi l'apparition de nouveaux traitements tels que la thrombolyse de l'accident vasculaire cérébral ou encore l'angioplastie primaire de l'infarctus, requièrent une intervention médicale aussi rapide que possible pour être efficace. Le risque existe que l'encombrement chronique retarde la prise en charge des cas les plus urgents. Idéalement, un centre d'urgences ne devrait recevoir que des cas véritablement urgents. Ce truisme se heurte toutefois à la définition de l'urgence. Il y a certainement une différence de perception de l'urgence entre les patients et les médecins. Cependant, quelques mesures pourraient permettre de réorienter les patients vers des structures plus appropriées à leur prise en charge.

Quelques solutions pour réguler le nombre de patients admis aux urgences:

En amont des urgences

- avoir un médecin traitant: un patient sur cinq au CIU n'a pas de médecin traitant. L'utilité du médecin de premier recours ne peut être que renforcée pour éviter les consultations pour des plaintes bénignes;
- informer les patients: environ 46% des patients consultent les urgences de médecine du CIU de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche. Un tiers d'entre eux le font car ils ne connaissent pas d'autres endroits où se rendre en urgence, spécialement à certaines heures tardives ou lors de jours fériés. Des campagnes récentes d'information devraient aider à combler ce déficit de connaissance de la population (campagne Sanimedia par exemple);
- adresser le patient directement dans le service approprié du CHUV: un certain nombre de cas nécessitent une hospitalisation sans caractère d'urgence. Idéalement, ces patients devraient être admis directement dans une division de lits sans passer par le CIU. Le taux d'occupation de près de 100% des lits de médecine

fait malheureusement que les urgences sont la porte d'entrée de la majorité des patients admis au CHUV, même en l'absence d'urgence médicale;

- assurer une meilleure couverture médicale de la population pendant les périodes de vacances et de fêtes. L'absence simultanée de nombreux praticiens contribue à augmenter le flux vers les urgences, particulièrement à certaines périodes de l'année très chargées. Un meilleur étalement des départs en vacances des médecins, bien que souhaitable, paraît difficile à mettre en place pour des raisons évidentes, mais l'organisation d'une médecine privée de groupe pourrait permettre une meilleure couverture de la garde.

Aux urgences

Dans le but de désengorger les urgences, une stratégie possible consiste à trier les patients suivant la gravité de leur pathologie, au lieu de se baser sur leur ordre d'arrivée, comme c'est actuellement le cas. Le degré de gravité, évalué selon des clés de tri, détermine

le délai d'attente maximal auquel le patient peut s'attendre en fonction de la gravité de ses plaintes ou symptômes. Il permet de maintenir l'accès à des soins immédiats pour les patients les plus gravement atteints, même lors de surcharge. A Lausanne, le tri effectué a servi jusqu'à maintenant à séparer les patients relevant de la chirurgie de ceux destinés à la médecine. Ce tri dichotomique évoluera dès cet automne vers un tri par gravité, permettant l'identification facilitée des patients présentant une menace vitale, mais également une meilleure information des patients. De plus, la collaboration avec la Policlinique médicale universitaire (PMU), renforcée par son rapprochement géographique par rapport au CHUV, permettra également de séparer le flux des urgences «debout» de celui des urgences «couchées» tout en tenant compte de la gravité des cas.

En aval des urgences

La dernière décennie a été marquée par une réduction drastique du nombre de lits aigus. Les années 2000 ont failli voir la suppression de nombreux lits



d'EMS. L'augmentation du soutien à domicile par les CMS ne permet cependant pas toujours un maintien ou un retour à domicile de patients de plus en plus âgés. Le temps de transit d'un patient aux urgences s'est trouvé singulièrement allongé par manque de débouchés soit vers les divisions d'hospitalisation, soit vers des lits de court séjour. L'hôpital de nuit du CIU, initialement conçu comme une unité d'observation, s'est transformé en service d'hospitalisation tampon, particulièrement pour les patients nécessitant des lits de soins continus. Les conditions d'accueil de ce lieu sont spartiates, engendrent frustration et parfois récriminations de la part des patients, de leur famille, et du personnel soignant. Il faut souvent des prodiges de négociations, la bonne volonté de médecins intra- et extra-muros et des structures médico-sociales (infirmières du BOUM et CMS) pour trouver des solutions médicales et sociales acceptées par le malade et sa famille. La réouverture de lits en médecine, l'augmentation de la capacité d'accueil en lits B pour la région lausannoise et la création de nouveaux EMS devraient contribuer à détendre la situation. Une nouvelle gestion des lits au sein de l'institution devrait permettre une accélération du flux des malades du CIU vers les divisions d'hospitalisation.

2. La nécessité de disposer de moyens supplémentaires

Au plan logistique, l'exiguïté de nos locaux est crûment démontrée au quotidien. Il est devenu impossible d'examiner les malades dans des conditions qui respectent à la fois leur pudeur et le secret médical. L'accueil dans un couloir induit un examen physique déficient, et une anamnèse incomplète fait le lit d'erreurs d'appréciation. La rénovation du CIU, en cours d'examen par le Grand Conseil, permettra la mise à niveau des locaux après vingt ans de bons et loyaux services, le principal objectif des travaux étant l'amélioration de la qualité d'accueil. Il faudra cependant accepter dès cet automne quatre années de travaux difficiles et les nuisances qui en découlent.

Pour le personnel médical, les urgences sont un lieu de travail stressant, mais riche en expériences médicales et humaines. Pour faire face à l'augmentation des admissions du secteur médecine, les ressources en médecins assistants et chefs de clinique ont dû être progressivement augmentées. Actuellement, deux chefs de clinique et neuf assistants y travaillent à plein temps pour une durée de trois à six mois, ce qui représente le doublement des effectifs sur une dizaine d'années.

Le personnel infirmier du CIU a dû faire face à la dégradation de ses conditions liées à la surcharge de travail, ce qui se traduit par un pourcentage élevé de démissions parmi les infirmières les plus expérimentées. L'équipe infirmière a ainsi vu plus de 50% de son personnel remplacé l'année passée, une tendance qui ne fait que s'aggraver depuis trois ans. La pénurie de personnel infirmier au niveau suisse et international rend le recrutement de nouvelles forces de travail difficile. La revalorisation des professions de la santé permettra peut-être un recrutement plus facile et une stabilisation plus grande du personnel infirmier ces prochaines années.

La mission d'enseignement

Le CIU offre un volume de patients qui expose tous les intervenants à une large palette de pathologies. C'est donc un lieu de formation apprécié des médecins assistants et des chefs de clinique. Durant les trois à six mois de leur tournus, ils sont exposés à un nombre élevé de cas couvrant l'ensemble des spécialités de la médecine interne. Ils se familiarisent à la prise en charge des urgences vitales, ainsi qu'à des pathologies ne nécessitant pas d'hospitalisation, et qui ne sont pas retrouvées lors des tournus en division. En effet, près de 70% des patients quittent directement le CIU pour leur domicile. L'évaluation et le traitement initial des pathologies psychiatriques, des tentamens médicamenteux ou d'autres intoxications, de crises d'asthme, de réactions allergiques, de syndromes coronariens à bas risques, pour ne citer que quelques exemples, s'effectuent rarement dans les divisions. Pour les médecins qui n'ont pas de formation à la médecine ambulatoire, le CIU offre une occasion unique de formation à l'urgence ambulatoire. Cependant, la surcharge de travail menace en premier lieu la qualité de la formation. La rapidité de la prise en charge prime alors sur le temps qui pourrait être consacré à instruire les médecins assistants. Le renforcement de la supervision par les médecins cadres du CIU lors de périodes d'afflux de patients permet de pallier de façon intermittente ce problème.

Outre cette formation postgraduée à l'urgence, le CIU envisage la poursuite et le développement d'une formation continue des médecins de premier recours à la médecine d'urgence (cours, stages, etc.).

Pour le personnel infirmier du CIU, une formation en cours d'emploi de spécialisation en soins d'urgence a été mise sur pied en collaboration avec Genève. La première volée terminera ses deux ans d'études en 2002. La valeur ajoutée

d'une telle formation est importante pour le CIU. Elle contribuera à améliorer la qualité des soins au CIU et, nous l'espérons, à réduire le taux de rotation des infirmières.

La mission de recherche

Les conditions très particulières de stress et de surcharge semblent peu propices à la recherche. Les mauvaises langues auraient tendance à dire que la recherche principale assumée par les urgences est celle de places disponibles pour placer les patients. Cependant, en conformité avec sa mission universitaire, le CIU a servi de cadre à plusieurs études importantes dans le domaine des douleurs thoraciques et de l'embolie pulmonaire. Actuellement s'y déroule une étude sur la syncope, en collaboration avec l'Hôpital cantonal universitaire de Genève et soutenue par le Fonds national de la recherche scientifique. La direction du CIU projette d'accroître ces prochaines années son activité de recherche scientifique. Une collaboration avec des centres suisses et étrangers devrait pallier la relative petite taille du bassin de population que nous servons. Mais à nouveau, une recherche n'est possible que si les médecins ont du temps et des moyens à disposition.

Dans le cadre de la formation pour les infirmières en soins d'urgence, plusieurs projets de recherche par des infirmiers en formation ont été développés. Ils devraient aboutir à court terme à une amélioration des procédures de prise en charge et des soins prodigués aux patients.

Enfin, le CIU développe actuellement un Centre de référence dans le domaine de la médecine de catastrophe, dédié à la formation et à la recherche académique, en partenariat avec de nombreuses structures cantonales et fédérales.

En conclusion, les urgences sont au cœur de la problématique causée par la constante augmentation du volume des consultations et des ressources intra- ou extrahospitalières insuffisantes. Elles ont rempli leur mission de façon satisfaisante jusqu'à ce jour. Mais la situation est précaire. Il faudra suivre attentivement l'évolution de la situation ces prochaines années de peur que, comme l'écrivait récemment un éditeur américain des *Annals of Emergency Medicine*, «la population générale ne puisse plus compter sur les urgences pour des soins aigus de qualité et délivrés rapidement, mettant la sécurité des gens de ce pays en danger».

Olivier Hugli,
médecin associé, responsable
du secteur médecine, CIU-CHUV
Bertrand Yersin,
médecin-chef, CIU-CHUV

«Pédiatrie 2010»

Se renouveler pour mieux répondre aux demandes de la population

Depuis 1991, les multiples changements à la tête du Service de pédiatrie¹, les problèmes d'organisation et la mise en place de mesures du plan «Orchidée» ont fortement pénalisé les professionnels – comme les patients – de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique. Ces difficultés ont été renforcées par un contexte concurrentiel entre l'Hôpital de l'Enfance (HEL) et le Service de pédiatrie du CHUV.

Au cours de cette longue période de plus de dix années, plusieurs études ont analysé le fonctionnement et les possibilités d'améliorer la situation du Service de pédiatrie. Bien que ces analyses aient mis en évidence les problèmes existants, aucune n'a permis de réaliser de vrais changements et aucune solution réalisable – et durable – n'a été trouvée.

Après ces temps difficiles, l'année 1999 verra une première amélioration importante pour le paysage de la pédiatrie lausannoise puisque les projets de réunification de l'HEL et du CHUV aboutissent enfin à une convention permettant une vraie collaboration et voient la naissance d'un nouveau département, le Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP), couvrant l'activité médicale des deux hôpitaux (CHUV et HEL).

Bien organiser un département éparpillé sur plusieurs sites et au passé difficile ne pouvait se baser que sur un diagnostic de la situation actuelle et une stratégie pour les dix prochaines années. Avec une politique à long terme, une vision des soins que nous voulons donner aux enfants aujourd'hui et dans le futur, nous nous donnons les moyens d'améliorer l'organisation et la prise en charge: c'est ainsi que les travaux de «Pédiatrie 2010» ont pris naissance.

Avec le soutien de la direction des Hospices cantonaux, de la fondation de l'HEL et de la direction du CHUV, une équipe de projet a entrepris un projet d'analyse prospective des besoins en soins pédiatriques à l'horizon 2010-2015. Ces travaux ont été faits en collaboration avec le Service universi-

taire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) intégrant la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique et la pédopsychiatrie, dans le but de travailler ensemble à l'élaboration d'un projet unifié pour la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Bilan et constat

L'équipe de projet, en collaboration avec les équipes médicales, infirmières et paramédicales ainsi qu'avec des représentants des parents, des pédiatres installés et hospitaliers, a établi un recueil d'informations, procédé à une analyse et à un diagnostic. Cela a permis d'identifier les problèmes de la situation actuelle et les opportunités pour le futur:

1. Il y a une dispersion historique (mais pas justifiée) des structures de soins pour l'enfant et pour l'adolescent: deux établissements – le CHUV et l'HEL – se partagent l'offre hospitalière en soins somatiques dans la région lausannoise². La pédopsychiatrie est, quant à elle, dispersée en différents lieux. Cet éparpillement (et le transfert des patients d'un site à l'autre qui en résulte) demande une importante coordination, provoque une redondance d'activités, des coûts supplémentaires voire des risques pour le patient. L'environnement n'est pas adapté au mieux à l'enfant et à la famille: sur les deux sites, on manque de place et de locaux, ce qui rend difficile le travail clinique, la recherche et l'enseignement.
2. Les lits en psychiatrie pour l'enfant (quatre lits à l'HEL) et pour l'ado-

lescent (sept lits au CHUV) sont déjà aujourd'hui nettement insuffisants pour la prise en charge des problèmes psychiques et sociaux.

3. L'introduction de TarMed et des APDRG va impliquer un profond changement du financement et de l'organisation médicale et infirmière. Cette nouvelle gestion budgétaire va également entraîner une nouvelle pression économique et une modification des relations entre les hôpitaux.
4. L'offre en soins pédiatriques dans le canton est large et hétérogène; la situation budgétaire ainsi que la nouvelle planification hospitalière (attendue pour octobre 2003) vont conduire les instances politiques à des choix qui pourraient influencer dans le futur l'activité des hôpitaux régionaux et du CHUV-HEL. Les hôpitaux régionaux doivent s'organiser avec des unités d'hospitalisation de petite taille, faire face à un manque récurrent de personnel pédiatrique (infirmières et cadres médicaux), à la réduction du temps de travail des assistants et des chefs de clinique.
5. Le besoin d'information et de communication de la part des enfants et des parents va augmenter et les soignants doivent être prêts à y répondre.
6. La population pédiatrique va probablement rester stable mais se modifier en profondeur. Les hypothèses du SCRIS montrent en effet que les enfants et adolescents des familles de migrants vont passer de 29 à 40% en 2015. Les familles monoparentales et les problèmes sociaux vont augmenter, de même que les maladies chroniques.
7. Les évolutions technologiques et médicales vont permettre l'apparition de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement. En parallèle, la durée de l'hospitalisation va probablement continuer à baisser légèrement alors que la prise en charge ambulatoire va augmenter. Ainsi, l'hôpital du futur devra être un lieu ouvert, orienté vers la prise en charge globale de la famille avec une intégration des innovations technologiques et avec un fort dé-

¹ Suite à la retraite des professeurs E. Gautier et N. Genton qui ont joué un rôle important dans le développement de la pédiatrie lausannoise.

² Le CHUV et l'HEL comptent 97 lits pour 3600 hospitalisations annuelles. A cela s'ajoutent 53 000 consultations et urgences par année.

veloppement d'alternatives à l'hospitalisation, cela en étroite collaboration avec les pédiatres installés.

8. Le travail interdisciplinaire deviendra de plus en plus important et la collaboration entre médecine somatique et psychiatrique jouera un rôle déterminant dans la prise en charge des patients.

La pédiatrie de demain se dessine dès aujourd'hui

Sur la base de l'analyse et des constats, nous avons abouti à des recommandations et à l'élaboration d'un plan d'actions à mettre en œuvre en vue d'une organisation rationnelle et cohérente de l'offre en soins pour la pédiatrie à l'horizon 2010-2015.

Une réorganisation de la prise en charge des patients, des urgences, de l'enseignement a été proposée, ce qui devrait permettre de repenser le management, restructurer et réorganiser les processus, enrichir l'offre en soins et renouveler les ressources humaines. Cela signifie qu'il faut repenser globalement notre organisation et mettre en œuvre différents projets de restructuration dès aujourd'hui dans le but d'améliorer la situation présente et de s'orienter progressivement vers le futur site unique.

L'amélioration de la situation actuelle passe notamment par:

- la réorganisation des urgences pédiatriques qui devra permettre de diriger les patients nécessitant le plateau technique et les spécialistes du CHUV vers le CHUV et tous les autres patients vers l'HEL;
- le réaménagement des locaux de la pédiatrie du CHUV et de l'HEL;
- un projet pour le soutien et l'accompagnement des parents;
- un renforcement des structures psychiatriques pour l'enfant à l'HEL et au CHUV;
- une meilleure intégration des pédiatres installés dans l'activité clinique, d'enseignement et de recherche. La réalisation des gardes du week-end des pédiatres installés à l'HEL dès 2001 a été une première et importante étape dans ce projet;
- la mise en place d'un projet pour une prise en charge de l'hospitalisation à domicile pour des enfants nécessitant un support respiratoire en collaboration avec les partenaires du réseau sanitaire.

Rêvons le site unique

La solution d'un «site unique» a également été examinée. L'analyse a démontré que la solution optimale pour une prise en charge rationnelle, cohérente et intégrée des patients et de leur

famille est un site unique dans lequel sont dispensés tous les soins (somatiques et psychiatriques). Offrant un environnement spécifique où travailleraient les professionnels «pédiatriques» en collaboration avec les spécialistes «adultes», il pourrait devenir un Centre universitaire de l'enfant et de l'adolescent.

Cette option présente de multiples avantages, propres à résoudre bon nombre de problèmes existants, à assurer la cohérence des soins pédiatriques, mais avant tout à améliorer la qualité de l'offre en soins pour les enfants et leurs proches. Pour être performant, ce site unique doit nécessairement s'appuyer sur le plateau

technique du CHUV. Cela implique une solution architecturale dans la Cité hospitalière (en contiguïté à la maternité et à proximité du Bâtiment hospitalier).

Avec le soutien des Hospices cantonaux, du CHUV et du conseil de fondation de l'HEL, un programme des besoins du site unique à l'horizon 2010-2015 est en cours d'élaboration. Il permettra d'engager les discussions avec tous les partenaires concernés et de présenter le projet aux instances politiques, en temps utile.

*Prof. Sergio Fanconi,
chef du Département
médico-chirurgical de pédiatrie*

OFFRE DE SOUSCRIPTION



La Société vaudoise de médecine se propose de réaliser une



cassette vidéo de la Journée SVM 2001 «Les médecins et l'art»

Le montage du film comprenant les meilleurs extraits (exposition, concert, conférence, partie statutaire) serait rendu possible grâce à un nombre suffisant de souscriptions.

Une offre pourrait vous être soumise pour le **prix préférentiel de Fr. 35.-** la cassette pour les membres et Fr. 50.- pour les non-membres.



BON DE SOUSCRIPTION Cassette «Journée SVM 2001»

Par la présente, je souscris (nous souscrivons) pour la commande de cassette(s)

au prix de Tarif membres Fr. 35.- (TVA incluse) + frais d'envoi
 Tarif non-membres Fr. 50.- (TVA incluse) + frais d'envoi

support choisi: cassette VHS cassette DVD

(Restriction: cette réalisation est uniquement possible si le nombre de souscriptions est suffisant pour couvrir les frais inhérents)

Nom.: _____ Prénom: _____

Rue: _____ No _____

NPA: _____ Localité: _____

Date: _____ Signature: _____

A renvoyer au Secrétariat de la Société vaudoise de médecine
Route d'Oron 1 - case postale 76 - 1010 Lausanne
Tél. 021 652 99 12 - Fax 021 652 32 21 - secgen.svm@mcnet.ch

Médecine de l'addiction

Un paradigme pour la formation continue

L'abus de substances, légales ou illégales, constitue un problème majeur de santé publique pour la plupart des pays développés. La Suisse ne fait pas exception à cette situation préoccupante.

Tabac, alcool, médicaments, drogues douces et dures, toutes ces substances psycho-actives provoquent des atteintes à la santé qui sont souvent dépistées en première ligne par les médecins de premier recours. Le rôle de ces confrères est donc primordial, mais malheureusement, les études de médecine et la formation postgraduée n'offrent pas vraiment de socle solide pour la médecine de l'addiction. Ainsi la formation continue et le soutien par les institutions spécialisées aux médecins de premier recours constituent-ils un enjeu crucial pour une saine coordination entre médecine publique et privée dans un paradigme de chaîne thérapeutique et communautaire.

Programme de prévention et de perfectionnement des médecins en matière de toxicodépendance (PPMT)

Ce programme fête ses 10 ans cette année. Soutenu initialement par l'OFSP sur un projet du Service de la santé publique vaudoise, en collaboration avec le Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), le PPMT était constitué d'une hotline téléphonique, d'une brochure d'information pour les praticiens et de rencontres d'intervention régionalisées dans tout le canton. Suite à l'épidémie de sida et à l'augmentation des traitements de substitution avec de la méthadone au milieu des années 90, le PPMT a été très actif et fréquenté par la plupart des médecins «méthadoniens» du canton. Son évaluation par l'IUMSP ayant validé sa pertinence pour les praticiens, il est même devenu le modèle de référence pour MedRoTox (Médecins romands Toxicomanie), un programme de soutien de

l'OFSP aux médecins méthadoniens de Suisse romande dès 1994.

Association vaudoise des médecins concernés par la toxicodépendance (AVMCT)

Parallèlement, les médecins de premier recours s'organisaient en association dans l'idée de défendre les intérêts de ces patients fragilisés et de cette médecine difficile à maints égards, tant au plan clinique que scientifique, légal et financier. Aujourd'hui, forte de plus de 120 membres, l'AVMCT est représentative de l'ensemble des médecins concernés par les addictions de toutes les régions du canton et de toutes les spécialités, du privé et du secteur public. Récemment, une préoccupation alcoologique a été ajoutée à ses statuts. L'AVMCT entretient des contacts réguliers avec l'association genevoise, le GPMA (Groupement des praticiens en médecine de l'addiction). L'AVMCT constitue un partenaire officiel pour les autorités sanitaires en matière de toxicodépendance, notamment en ayant un délégué à la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie (CCPLT).

Division d'abus de substances

En 1996 s'ouvre le Centre Saint-Martin (CSM), centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour patients toxicodépendants de la région lausannoise. Rapidement victime de son succès, le Centre Saint-Martin formalise un concept de collaboration avec les médecins installés. En effet, il s'agit d'éviter de constituer un lieu concentrationnaire pour toxicomanes «à l'américaine», en mettant plutôt en valeur les ressources du réseau vaudois. C'est dès lors le concept de lieu d'accueil et d'intervention de crise qui va s'imposer: la communauté médicale régionale a besoin d'un lieu d'accueil pour les urgences et le tri des patients toxicodépendants, associé à une investigation des pathologies comorbides (somatiques et psychiatriques), qui permette de stabiliser les malades avant de les référer au réseau. Le Centre suit les patients impossibles

à référer ailleurs, avec une file active actuelle de 500 dossiers ouverts. Par ailleurs, le Centre Saint-Martin se constitue comme centre de référence pour les médecins méthadoniens de la région lausannoise, en produisant une importante activité de consilium, notamment en collaboration avec le Service de la santé publique et le médecin cantonal.

Enfin, le CSM devient le lieu de formation des médecins de la PMU et du DUPA en matière de médecine de l'addiction par la participation au tournus des médecins assistants.

En 1998 s'ouvre la Calypso, l'Unité cantonale de sevrage pour patients toxicodépendants. Cette unité cherche d'emblée à s'intégrer au réseau cantonal en matière d'addiction, en offrant des entretiens de préadmission avec les partenaires institutionnels (résidentiels, médecins traitants), de manière à faciliter la continuité des soins. Dès 2001, une offre différenciée des sevrages personnalisés (notamment pour stabiliser les traitements de substitution avec de la méthadone dans un contexte de polytoxicomanie) a permis de couvrir les besoins communautaires en matière de sevrage.

En 2000, l'inauguration du Centre de traitement en alcoologie (CTA) permet d'offrir un lieu de sevrage alcoologique au pavillon Tamaris sur le site de Cery et des consultations à la PMU, au CHUV et au DUPA. Le CTA et l'Unité de toxicodépendance (constitués du CSM, de la Calypso et du PPMT) forment ensemble la Division d'abus de substances, une structure fonctionnelle transverse au sein des Hospices.

Collège romand de médecine de l'addiction

La pertinence de l'expérience PPMT, puis de MedRoTox, comme modèle de rapprochement entre centres de référence universitaires et médecine praticienne a incité l'OFSP à développer l'expérience en formalisant le concept d'un Collège romand de médecine de l'addiction (Coroma).

Ce collège, constitué en décembre 2000, fait l'objet d'un contrat entre l'OFSP et le Centre Saint-Martin pour

l'appui logistique scientifique à la communauté médicale romande en matière de médecine de l'addiction, notamment en encourageant les collaborations Vaud-Genève, les recherches multicentriques romandes et la formation continue des médecins de premier recours. Les instruments de cet appui logistique scientifique sont essentiellement constitués de rencontres régulières de médecins des différents dicastères (vie associative, santé publique, centres ambulatoires, etc.), d'un classeur de formation continue harmonisé au niveau romand et d'un journal d'information en médecine de l'addiction (*Flash addiction*, publié quatre fois par année), le tout étant accessible sur un site Web (www.romandieaddiction.ch) avec accès aux professionnels pour les bases de données (avec mot de passe) et forum de discussion on-line.

Le Coroma constitue implicitement le pôle romand de la nouvelle Société suisse de médecine de l'addiction dont le siège est à Berne, créée elle aussi en 2000 et dont les objectifs sont la défense des intérêts des patients addictifs et de leurs médecins en termes de formation, de développement de compétences et de facilités de financement. Un programme de soutien aux médecins de premier recours pour des formations adaptées se forge depuis le terrain, avec différents niveaux prévus, pouvant aboutir à une attestation de formation complémentaire (AFC) de la FMH (médecine de l'addiction, valable pour toutes les spécialités). Des reconnaissances avec d'autres formations en addiction sont à l'étude (notamment au sein de la FORDD, la Fédération des organismes romands de formation dans le domaine des dépendances).

Vers une intégration: un programme de médecine de l'addiction

Face à l'urgence de santé publique, face à la pression exercée sur les institutions sanitaires et les médecins praticiens pour les problèmes d'abus de substances, une coordination se met en place. On voit apparaître un véritable réseau de médecine de l'addiction, avec des aspects régionalisés et centralisés, reliant tant les praticiens que les centres de référence.

A titre d'exemple, on citera le rapprochement du PPMT et de l'AVCMT, qui établissent une offre de formation continue coordonnée à l'échelon des quatre secteurs psychiatriques du canton et autour des centres d'accueil pour patients toxicodépendants (Morges, Yverdon, Montreux et Lausanne). Une formule d'animation mixte praticiens-experts encourage les échanges entre médecins de premier recours et centres

de référence. Une offre de formation modulaire vient compléter ces occasions d'intervention. Une reconnaissance par les autorités sanitaires de ces efforts de soins et de formation devrait aboutir à une sécurisation des financements en médecine de l'addiction et faciliter l'intérêt et le recrutement des médecins de premier recours dans le domaine de la médecine et de la psychiatrie communautaires.

Comme souvent en médecine, l'innovation des pratiques s'est faite autour des patients les plus difficiles. La médecine de l'addiction en est un exemple supplémentaire.

Autour des patients toxicodépendants se constitue un véritable tissu de collaborations entre centres de référence universitaires et médecins de

premier recours. De plus, au niveau géographique, on assiste à un échelonnement multi-niveaux de l'effort de formation continue: régional (les secteurs), cantonal (AVMCT, PPMT), supracantonal (Coroma, FORDD), puis national (SSMA, Société suisse de médecine de l'addiction).

Ainsi la médecine de l'addiction constitue-t-elle un paradigme pour une collaboration entre médecine universitaire et médecine praticienne dans une véritable reconnaissance des besoins de la communauté.

*Dr Jacques Besson,
professeur associé, médecin-chef
de la Division d'abus de substances
(DUPA/DUMSC),
Hospices cantonaux*

La SVM vote à l'unanimité une résolution de soutien au mouvement des médecins assistants et condamne une mesure grave et absurde

Réunis le 20 juin à Morges, les délégués de la Société vaudoise de médecine (SVM) ont soutenu à l'unanimité le mouvement des médecins assistants face à la menace du Conseil fédéral de geler l'installation de nouveaux cabinets médicaux. Ils ont également soutenu la grève du 27 juin et dénoncé sans restriction une mesure arbitraire ne reposant sur aucun argument économique valable.

L'Assemblée des délégués de la SVM a considéré que cette mesure était emblématique d'une atteinte fondamentale à l'exercice de la médecine en plus d'être une mesure sectorielle absurde. Les délégués n'ont pas trouvé un seul argument en faveur du projet d'ordonnance du Conseil fédéral et ont considéré que cette mesure mettait en péril la relève médicale en Suisse à moyen ou long terme, au moment où les besoins de santé sont en forte croissance. Ils ont jugé ce projet comme économiquement et humainement absurde, puisqu'il revient à former des médecins sans leur offrir des débouchés professionnels. Du point de vue des médecins vaudois, le risque est grand de rompre durablement la confiance du corps médical envers les autorités politiques et sanitaires, en ne reconnaissant aucun des efforts des médecins pour maîtriser les coûts de la santé.

Constatant donc que les mesures proposées par le Conseil fédéral sont incapables de répondre aux réels besoins de réforme du système de santé suisse, l'Assemblée des délégués a décidé d'initier une réflexion globale devant donner l'impulsion à des solutions novatrices pour le système de santé du XXI^e siècle. Ce processus associera également les patients et les différents acteurs du système de santé.

Ouverture et contrainte en psychiatrie

L'ouverture et la contrainte ont toujours été des thèmes controversés en psychiatrie. Les attentes de la société peuvent paraître contradictoires, d'une part éloigner les «fous» et les soigner, le cas échéant contre leur gré, et, d'autre part, respecter les droits et les libertés individuelles.

Cette thématique, déjà présente au moment de la constitution de la psychiatrie il y a deux cents ans, a pris des formes très différentes selon les périodes sur le plan légal, clinique et éthique.

Des thèmes controversés

Auparavant, la relation médecin-malade de type principalement paternaliste permettait de soigner durablement contre leur gré à l'hôpital des personnes en «refus» de soins, le médecin estimant savoir ce qui est bon et juste pour son patient. Aujourd'hui, au temps des relations contractuelles ou partenariales entre le médecin et le patient, le respect de la liberté individuelle et des termes de la loi devient un principe essentiel, qui implique une remise en cause du rôle de l'hôpital comme lieu central de la chaîne thérapeutique et une pression plus grande sur les intervenants dans la communauté. Cette évolution est certes positive, mais elle ne doit pas occulter le risque d'abandon, de marginalisation, voire d'exclusion pour certains patients. Comment accompagner les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, qui ont la liberté de refuser les soins, et qui évoluent de crise en crise vers la marginalité?

Evolution de la représentation

Si l'évolution des valeurs de la société est principalement en cause, la dimension clinique participe à l'ouverture des soins psychiatriques. Les enquêtes épidémiologiques ont montré que les troubles psychiatriques les plus sévères tels que la schizophrénie n'ont pas l'évolution catastrophique que l'on croyait. Les traitements sont plus efficaces et mieux tolérés. De ce fait, la représentation des troubles mentaux passe de l'inéluctable chronicité à l'espoir d'une guérison. Dans le public, l'image de la folie évolue aussi: les efforts d'information font du trouble mental une maladie presque comme une autre. Cette évolution a également

des conséquences importantes sur la manière dont les soins psychiatriques sont prodigués, notamment pour l'hospitalisation.

L'hospitalisation psychiatrique

Le but de l'hospitalisation n'est plus d'écarter de la communauté, mais au contraire de permettre la réintégration sociale dans des conditions optimales après une période de crise. L'hospitalisation sous contrainte se raréfie, pour ne plus concerner qu'une minorité de patients. La durée d'hospitalisation moyenne a chuté de 30 à 15 jours en quelques années, en particulier dans le but d'éviter les effets délétères de régression et d'exclusion sociale des longues hospitalisations. L'ouverture des portes de l'hôpital psychiatrique et les limitations de la liberté individuelle ont été strictement restreintes aux situations de danger imminent et à l'absence de discernement, comme l'exigent les termes de la loi. Favorable pour la plupart des patients, cette évolution a paru logique aux patients et à leurs associations, plus respectueuse de la liberté individuelle et de la loi sur la santé publique. Les contacts avec les proches et le réseau de soins se sont accrus. Néanmoins, certains patients en «refus» de traitement trouvent mal leur place dans un tel dispositif.

Les exclus du système

Malgré l'ouverture du cadre hospitalo-ambulatoire, certains patients, bien que souffrant de troubles psychiatriques sévères, sont progressivement exclus. Certains ne se sentent pas malades et refusent les soins; d'autres sont trop désorganisés ou perturbés pour maintenir une continuité; d'autres encore sont perdus dans la complexité et le morcellement des interventions. Dans ces cas, le cadre hospitalier ne permet de traiter que l'urgence lorsque les conditions d'hospitalisation d'office sont réunies: ces personnes quittent l'hôpital prématurément et souvent rechutent rapidement. Leurs conditions de vie s'aggravent avec une marginalisation progressive: conflits avec le voisinage, exclusion d'appartement, rupture familiale, comportements antisociaux... Les proches de ces patients et les professionnels qui les suivent s'épuisent et ne peuvent pas les aider tant qu'un traitement continu ne peut être proposé. Quelles autres solutions trouver lorsqu'une hospitalisation sous contrainte de longue durée ne peut plus être envisagée?

Des liens à établir

Le suivi psychiatrique de ces patients pose des questions éthiques, juridiques et cliniques. Au plan éthique, comment équilibrer au mieux les principes de bienfaisance, d'autonomie et d'équité? Sur le plan juridique, faudrait-il imaginer de nouvelles formes de «placement à fin d'assistance», qui consisteraient en un placement dans le lieu de vie habituel du patient, tout en lui faisant bénéficier d'un encadrement psychiatrique qu'il accepterait plus volontiers? Au plan clinique, comment aller à la rencontre de ces personnes dans leur milieu de vie, collaborer avec leur entourage naturel, et contribuer à renouer les liens avec un suivi continu? Cela suppose une capacité d'intervention intensive dans une période de crise ou de rupture, et une bonne coopération entre les intervenants du réseau de soins pour renouer les liens une fois la crise passée. Pour favoriser un engagement actif dans les soins dans une période de crise ou de rupture, le suivi psychiatrique intensif dans le milieu offre une perspective que nous souhaitons développer à Lausanne. Ce type de suivi est reconnu dans la littérature comme préféré par les patients et les proches. Il est efficace pour réduire le recours à l'hospitalisation et pour favoriser la continuité du suivi. En poursuivant une expérience pilote¹, l'unité de psychiatrie communautaire a été créée spécifiquement par le Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) pour offrir des soins psychiatriques à ces patients dans leur lieu de vie, en coopération avec les soins de premier recours. Les personnes sont rencontrées dans leur environnement naturel, à domicile, ou en ville. Lorsqu'elles sont totalement inaccessibles, les premiers contacts sont établis avec les proches ou les professionnels déjà impliqués. Une équipe pluridisciplinaire, comprenant médecins, infirmiers et assistants sociaux, permet une évaluation et un suivi psychiatrique intensif à domicile. Ce suivi doit s'articuler ensuite étroitement avec le suivi de continuité – souvent déjà existant – en entretenant des liens de coopération avec les médecins installés et les autres partenaires impliqués.

Charles Bonsack, médecin responsable de l'Unité de psychiatrie communautaire du DUPA

Jacques Gasser, médecin responsable de l'Unité d'expertises du DUPA

¹Conus P., Bonsack C., Gommeret E., Philipoz R. (2001): Le suivi intensif dans le milieu: une expérience pilote à Lausanne. *Revue médicale de Suisse romande* 121, 475-481.

Mode d'emploi

Centre de traitement en alcoologie

Plate-forme destinée à lutter plus efficacement contre les problèmes d'alcoolisme, le Centre de traitement en alcoologie (CTA) regroupe plusieurs sites de soins spécialisés. Tour d'horizon.

L'alcoologie médicale résulte de l'évolution des connaissances scientifiques qui font de la dépendance à l'alcool une maladie chronique dont l'hérédité génétique et les mécanismes neurochimiques sont mieux connus. Comme toute autre maladie, la dépendance à l'alcool est caractérisée par des signes cliniques, des critères diagnostiques, un pronostic, des complications et des traitements bien définis.

En septembre 2000, les Hospices cantonaux se sont dotés d'une nouvelle structure de soins, le Centre de traitement en alcoologie (CTA), plate-forme destinée à lutter plus efficacement contre ce problème de santé publique de première importance. Ce nouveau service, rattaché au Département universitaire de médecine et santé communautaires, est une unité fonctionnelle de la Division d'abus de substances. Le CTA vient consolider une expérience pilote menée depuis la fin des années 80 par ceux qui sont désormais les pionniers de l'alcoologie médicale vaudoise, les professeurs Bertrand Yersin et Jacques Besson. Leur pratique novatrice a fait en effet la démonstration de la valeur ajoutée de soins spécialisés en alcoologie en mettant en évidence la prévalence élevée d'abus ou de dépendance à l'alcool parmi nos patients et l'interaction souvent dangereuse des problèmes d'alcool avec le traitement des affections somatiques et psychiatriques. L'alcoologie médicale trouve également sa raison d'être dans l'opportunité que représente le stress de l'hospitalisation pour motiver les patients à modifier leur consommation, le cas échéant à entreprendre un traitement spécialisé. Aujourd'hui, le CTA est le chaînon qui manquait à un réseau de soins performant constitué par le médecin de premier recours, l'hôpital et les institutions spécialisées (Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, Fondations des Oliviers, de l'Arcadie et de l'Esterelle).

Le CTA dispose d'une équipe pluridisciplinaire regroupant psychiatres, internistes, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux. Il intervient sur plusieurs sites de soins avec des consultations à la PMU, au CHUV, à l'Hôpital psychia-

trique universitaire et au Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique (CCPP). De plus, le CTA offre une structure résidentielle et d'hôpital de jour à la clinique d'alcoologie Tamaris (site de Cery). Finalement, héritage de l'Office cantonal antialcoolique, le CTA dispose d'une Unité socio-éducative travaillant sur mandats des autorités cantonales, avec pour mission de soutenir les récidivistes d'ivresse au volant à respecter une période d'épreuve d'abstinence complète d'alcool.

La consultation d'alcoologie ambulatoire de la Polyclinique médicale universitaire

Cheffe de clinique responsable:
Dresse Isabelle Chossis

- Consultation spécialisée à laquelle peuvent s'adresser directement les patients, leurs proches, les médecins installés et les médecins assistants en formation.
- Le *bilan* comprend une évaluation globale tant du point de vue de la consommation d'alcool que de ses répercussions somatiques, socioprofessionnelles et psychologiques.
- Le résultat de ce bilan est restitué au patient qui fixe ses propres objectifs thérapeutiques, qu'il s'agisse d'un soutien, d'une modération de la consommation ou d'un sevrage visant à une abstinence.
- Une *information* est donnée sur les soins spécialisés ambulatoires et résidentiels (groupes de soutien, établissements de postcure).
- Le *sevrage* est effectué a priori en ambulatoire, le patient étant évalué quotidiennement avec une prescription de benzodiazépines au jour le jour, en principe pendant trois à cinq jours. Un sevrage hospitalier est proposé pour les cas les plus sévères.
- La *collaboration* avec le médecin traitant permet une optimisation de la prise en charge. Au terme de celle-ci ou au plus après quatre consultations, le médecin traitant est informé par lettre du résultat de l'évaluation alcoologique et des propositions de traitement.

La consultation d'alcoologie à la PMU a pour mission de contribuer à la formation des candidats au titre FMH de médecine générale et de médecine interne. Outre des connaissances sur divers aspects de la dépendance à l'alcool et de son traitement, elle propose une formation à l'*intervention brève*. Cette approche, destinée à la médecine de premier recours, dépiste et informe les consommateurs d'alcool à risque, prévient la survenue des problèmes et incite les patients dépendants à entreprendre des soins spécialisés.

Renseignements pratiques

La consultation d'alcoologie à la PMU:

- 2 médecins assistants et 1 chef de clinique
- Demandes de consultation à la Dresse Isabelle Chossis
- Numéro de téléphone: 021 345 22 22

La consultation d'alcoologie au CHUV

Cheffe de clinique responsable:
Dresse Florence Macheret Christe

La consultation propose une évaluation globale de problématique d'alcool auprès des patients hospitalisés au CHUV. Concrètement, ce sont les médecins hospitaliers qui effectuent la demande auprès de la consultation d'alcoologie, après accord du patient. Une part significative des demandes de consultation émane du Service des urgences alors que les autres proviennent majoritairement des services de médecine et de chirurgie. Par ailleurs, la consultation d'alcoologie du CHUV évalue systématiquement et prend en charge les patients atteints de cirrhose hépatique d'origine éthylique qui sont proposés au groupe de transplantation hépatique.

La consultation d'alcoologie au CHUV:

- vise en priorité à établir un lien de confiance qui permette d'effectuer un bilan complet lorsque la situation somatique est stabilisée;
- propose une évaluation diagnostique (consommation d'alcool à risque, abus, dépendance);
- établit les répercussions somatiques, psychologiques, sociales, familiales, professionnelles et judiciaires associées aux problèmes d'alcool;
- recherche une éventuelle comorbidité psychiatrique qui viendrait compliquer le traitement d'une dépendance à l'alcool;
- offre au patient différents types de prises en charge spécialisées en fonction du contexte:

- un suivi ambulatoire spécialisé auprès de la consultation d'alcoologie du CHUV qui se poursuit idéalement en collaboration avec le médecin traitant installé et le réseau social;
- l'organisation d'une prise en charge à la clinique d'alcoologie;
- l'orientation vers le réseau spécialisé.

Renseignements pratiques

La consultation d'alcoologie au CHUV:

- 1 médecin assistant, 1 psychologue et 1 chef de clinique
- Demandes de consultation à la D^{resse} Florence Macheret Christe
- Numéro de téléphone: 021 314 05 08

La consultation d'alcoologie à l'Hôpital psychiatrique universitaire et à la Polyclinique psychiatrique (CCPP)

Chef de clinique responsable:
Dr Roland Gammeter

La consultation d'alcoologie psychiatrique ambulatoire (CCPP) et hospitalière (liaison à Cery) reçoit des patients qui présentent un abus ou une dépendance à l'alcool à côté de problèmes psychiatriques. L'intervention alcoologique consiste en une évaluation spécialisée du problème d'alcool, en particulier de l'interaction des problèmes d'alcool avec les troubles psychiatriques. Comme à la PMU et au CHUV, ce bilan s'effectue sur un mode motivationnel dénué de toute forme de stigmatisation et de confrontation, et débouche sur des propositions de prise en charge.

La clinique d'alcoologie Tamaris

Chef de clinique responsable:
Dr Roland Gammeter

La clinique d'alcoologie Tamaris ne répond pas aux situations d'urgence; dans ce dernier cas, le patient peut être adressé au CHUV (intoxication alcoologique) ou aux urgences psychiatriques (troubles psychiatriques induits par l'alcool). La clinique d'alcoologie Tamaris propose deux programmes de prise en charge:

- Le **programme sevrage** se déroule sur une semaine et s'adresse à deux catégories de personnes dépendantes de l'alcool. D'une part, des personnes qui ont déjà fait des séjours alcoologiques ou des postcures et qui, connaissant bien leur maladie, ont besoin d'un encadrement de courte durée pour se sevrer et retrouver l'abstinence. D'autre part, ce programme s'adresse également à des personnes qui redoutent une hospitalisation de longue durée mais qui font néanmoins la demande d'un sevrage d'alcool. Cette dernière catégorie correspond spécifiquement à une population dépendante dite à «bas seuil». Dans ce cas, le séjour court a pour but d'établir une alliance qui constituera peut-être le ciment d'un projet thérapeutique ultérieur plus élaboré (approche par étapes);

- Le **programme motivationnel** dure deux à trois semaines et comprend notamment des cours interactifs sur les effets de l'alcool ainsi que sur les mécanismes de la dépendance. Les groupes de prévention de la rechute et de préparation au changement permettent d'acquérir des aptitudes et de faire ressortir les ressources dont les patients ont besoin pour affronter les changements qu'implique une démarche d'abstinence. L'accent est mis également sur le vécu corporel à travers différentes approches (sport, acupuncture, réflexologie). Le groupe d'orientation sociale informe sur les ressources d'aide à disposition dans le canton de Vaud.

Demande de prise en charge à Tamaris:

- Les demandes peuvent être formulées par le médecin traitant, les intervenants psychiatriques ou sociaux ou par le patient lui-même; une visite de la clinique et une consultation destinée à préciser les objectifs de l'hospitalisation sont généralement proposées.
- En l'absence de contre-indications (antécédents d'épilepsie, de delirium ou de Wernicke, présence d'une comorbidité psychiatrique ou somatique grave, poly-toxicomanie), le sevrage débute ambulatoirement et se poursuit à la clinique (résidentiel ou hôpital de jour).

Renseignements pratiques

La consultation d'alcoologie en psychiatrie et la clinique d'alcoologie Tamaris:

- 3 médecins assistants, 1 psychologue, 1 acupuncteur, 1 assistante sociale, 8 infirmiers et 2 chefs de clinique
- Demandes de renseignements auprès du Dr Roland Gammeter
- Numéro de téléphone: 021 643 71 11

L'Unité socio-éducative (USE)

Responsable: M^{me} Nicole Gaillard

Depuis le 14 mai 2001, l'Office cantonal antialcoologique est remplacé par deux nouvelles unités, la Médecine du trafic reliée à l'Institut universitaire de médecine légale et l'Unité socio-éducative, rattachée au Centre de traitement en alcoologie.

Mandatée par le Service cantonal des automobiles, l'USE a comme mission première de soutenir les conducteurs faisant l'objet de récidives d'infractions pour ivresse au volant et de les accompagner dans leurs démarches visant à maintenir une abstinence d'alcool qui leur permettra, le cas échéant, de reprendre possession de leur permis de conduire.

Durant une année au minimum avant la restitution du permis, les assistants sociaux de l'USE prennent note et encouragent toutes les démarches entreprises par le client qui doit démontrer sa volonté de modifier son comportement vis-à-vis de l'alcool. Dans ce sens, le client s'astreint au minimum tous les trois mois à une prise de sang afin de contrôler les marqueurs sanguins de l'abus d'alcool (CDT et GGT). Ces prélèvements sont effectués par le laboratoire de l'Institut universitaire de médecine légale ou par le médecin traitant qui envoie les échantillons à ce laboratoire.

À l'issue de ces douze mois d'accompagnement, l'USE établit un rapport qui atteste de l'assiduité au suivi, des résultats des tests sanguins, et qui mentionne tout élément indiquant l'abstinence complète du client à l'égard de l'alcool. Sur demande expresse, le mandat de l'USE peut être délégué au médecin traitant qui souhaite assumer le suivi.

Renseignements pratiques

L'Unité socio-éducative:

- 5 assistants sociaux
- Demandes de renseignements auprès de M^{me} Nicole Gaillard
- Numéro de téléphone: 021 316 44 22

*Jean-Bernard Daepfen, Isabelle Chossis,
Florence Macheret Christe, Roland
Gammeter, Nicole Gaillard*

Adresse pour correspondance:

Dr Jean-Bernard Daepfen
Centre de traitement en alcoologie
Mont-Paisible 11
CHUV, 1011 Lausanne
Tél. +41 21 314 08 75
Fax +41 21 314 05 62
E-mail:
jean-bernard.daepfen@inst.hospvd.ch

Calendrier médical vaudois

Période du 22 juillet au 6 septembre

JEUDI 1^{ER} AOÛT AU SAMEDI 3 AOÛT 2002

Stage de la formation Storia et développement personnel - «Anatomie de la violence» - D^{resse} V. Klein Ph. D., New York: «Comprendre et gérer des situations de violence» - Renseignements et inscriptions: Storia, ch. de Chenalet, Bottens, tél. 021 881 67 74.

JEUDI 29 AOÛT 2002

14h-17h30: Formation continue en maladie infectieuse - Dr P. Francioli: «Epidémiologie infectieuse: contrainte et utilité pour le praticien» - Lausanne, CHUV - Renseignements: M^{me} C. Nicole, tél. 021 964 12 05, e-mail: cnicole6@hotmail.com.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 9 septembre et le 25 octobre 2002: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 29 juillet 2002.