



Déposé le 29 SEP. 2009 09-1151-290

Scanné le 30 SEP. 2009

Interpellation

~~Comment aider~~ ^{peuvent-ils} Les CMS ~~continuer~~ à refuser de prendre en charge un patient ?

Durant les travaux sur l'AVASAD et même si les prestations ne faisaient pas partie de notre réflexion, nous avons pu remarquer que des CMS étaient parfois embarrassés ou surchargés par les problèmes que posent certains patients ou certaines pathologies. Les CMS se demandent alors s'il est possible de refuser la prise en charge de patients particuliers, compliqués ou difficiles. Ce point fut l'objet d'un débat au plénum concernant le projet de charte entre les réseaux de soins et l'AVASAD, en relation avec l'article 2 de la loi.

Dans une directive de 2007 des CMS : *Les conditions d'intervention dans le cadre de l'aide et soins à domicile*, il est dit au point B.5

Le CMS vérifie que la demande correspond aux prestations définies dans le panier de prestation d'aide et soins à domicile et aux objectifs de chacune de celle-ci. Si la demande ne correspond pas, le CMS oriente le client et son entourage vers un service adapté.

Cette fin de phrase nous interpelle et nous nous demandons qui est et où est le service adapté et pour qui ? Ainsi, le patient-e quérulent-e, grossier-e- et non collaboratif-ve (les raisons de la mauvaise humeur sont généralement lié à une souffrance) devra-t-il faire appel lui-même aux OSAD (Organisation de soins à domicile, mais privé), qui n'existent pas partout, ou à du personnel indépendant, à un prix plus élevé ?

Nous avons aussi connaissance de refus pour des cas de pathologie particulière aux soins très spécifiques et dévoreurs de temps. Il peut s'agir de patients sous alimentation parentérale (directement dans la veine), ces patients souffrant de maladies inflammatoires graves de l'intestin ou suite à un infarctus mésentérique, qui génèrent des nécroses voir une ablation de l'intestin, devront être à vie – ils peuvent être jeunes - sous ce type particulier d'alimentation, ne pouvant plus absorber les aliments par voie normale. De même pour des patients en soins palliatifs, suite à certains cancers, cela à titre transitoire et de confort.

La plupart de ces malades chroniques, aux soins dévoreurs en temps, ne devraient pas rester à hôpital. Seul le début du traitement doit être induit par un centre expert afin de diminuer les complications (infections, risques de cirrhose du foie ou atteintes rénales). Ces cas ne sont pas encore très nombreux en soins à domicile, mais leur augmentation régulière indique qu'il faut se préparer à les recevoir en plus grand nombre. Des solutions particulières sont donc à chercher, au besoin hors du cadre strict des CMS. Vu la complexité du traitement, exigeant une équipe pluridisciplinaire comprenant médecins, infirmier-e-s, pharmacien-n-es, diététicien-nes, les pays qui nous entourent ont réagi en créant des centres agréés liés à un hôpital universitaire jouant le rôle d'expert, centres qui forment et envoient leurs propres infirmier-e-s à domicile.

Un service du CHUV (Unité de nutrition clinique - UNC) a commencé de travailler de cette façon en collaborant avec 4 infirmières formées par leur propre moyen et selon les recommandations de la société suisse de nutrition et des standards européens. Même si ce début de soins à domicile pour ces patient-e-s est prometteur, cela n'est plus suffisant, car ces 4 infirmières ne travaillent que dans la région lausannoise et des demandes existent dans d'autres régions du canton.

Mes questions portent donc sur la procédure et les soins eux-mêmes :

1. Durant les discussions lors des travaux de l'AVASAD, il a été dit que les CMS ont un devoir de prise en charge des patients, mais qui n'apparaît pas absolu (voir rapport AVASAD p.5), et qu'une charte va préciser les droits et devoirs et qu'il y aurait une possibilité de facturer des coûts supplémentaires pour un patient récalcitrant. En cas de refus de prise en charge et/ou de renvoi à un service privé ou à un accompagnement particulier (Sécuritas) qui payera les frais pour ce patient récalcitrant, mais néanmoins malade, l'assurance-maladie ou le patient directement ? Il semblerait qu'actuellement aucune base légale ne permette de facturer ces suppléments.
2. La charte des CMS n'étant pas une loi, le recours contre un refus sera-t-il possible et surtout qui prendra la décision de refuser une prise en charge : le directeur du CMS, celui ou celle de l'A/F ou encore l'AVASAD ? Et en cas de recours, passera-t-on par la médiatrice santé, par la commission des plaintes des patient-e-s ou une autre instance ? Il sera nécessaire de trouver un-e arbitre.
3. Si l'on admet qu'une bonne part de cette quérulence est liée à une souffrance, dans quelle mesure les équipes qui s'occupent de tels patient-e-s sont-elles formées et soutenues ?
4. Le CMS étant sensé orienter le patient vers un service adapté, un élargissement du panier des prestations est-il envisagé, et cas échéant est-il prévu de valoriser l'expertise service du CHUV (idée de créer une unité mobile comme on le fit pour les soins palliatifs) ? Et plus généralement une collaboration du type « experts en soutien du réseau », comme celle du DCPHM, entre Cery et les institutions socio-éducatives (dispositif de collaboration psychiatrie handicap mental), ne serait-elle pas à établir entre le CHUV et les CMS, cela pour permettre aux personnels infirmiers des CMS de s'adapter et de se former à de nouvelles techniques ?

Chaque année, le travail dans les centres de soins à domicile augmente pour diverses raisons : Soins innovants et particuliers pour permettre une vie hors de l'hôpital, sortie de plus en plus rapidement de l'hôpital, vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie, meilleure connaissance des CMS par la population en générale. Des solutions sont donc à trouver et je remercie le Conseil d'Etat de nous faire part de ses pistes de réflexion.

Catherine Roulet

Le Mont/Lausanne, le 29 septembre 09



Je souhaite pas développer