

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Christa Calpini et consorts pour un centre de médecines complémentaires en phase avec les besoins des patients du CHUV

Rappel du postulat

Les patients font largement recours aux médecines complémentaires. Environ 30% de la population suisse y a recours au moins une fois par année. L'offre dans ce domaine est pléthorique, parfois efficace, mais aussi parfois délétère pour les patients. Tout récemment, le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) a accepté l'introduction de diplômes en médecines alternatives, en Suisse.

Le CHUV et la Faculté de biologie et médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL) ont reconnu l'utilisation importante de médecines complémentaires par la population. Dans ce contexte, la sensibilisation aux médecines complémentaires (MC) fait partie, depuis 1992, du programme des études de médecine à Lausanne. Suite à la votation fédérale de mai 2009 (nouvel article constitutionnel concernant les médecines complémentaires) et à une demande de l'Association romande pour le développement et l'intégration des médecines complémentaires (RoMedCo), le Conseil d'Etat du canton de Vaud a chargé le CHUV et la FBM de proposer un concept pour une sensibilisation et un enseignement dans le domaine des MC. Le CHUV et la FBM ont proposé une perspective descriptive et critique des MC selon les critères de la médecine factuelle, pour l'enseignement, la recherche, l'évaluation, et l'information. En 2010 deux médecins agréés, chargés de cours à l'UNIL (0.6 EPT) ont été engagés par la FBM et par le CHUV (Département Formation et Recherche) dont les activités étaient supervisées par la Commission FBM-CHUV des médecines complémentaires, présidée par le Professeur Eric Bonvin. Depuis début 2014, le groupe de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires (Gremec) fait partie de l'unité d'évaluation des soins de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), sous la direction du Professeur Bernard Burnand.

Situation actuelle

Depuis le mois de juin 2015, un nouveau développement est mis en place avec la création d'un centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC).

Ce nouveau centre aura trois missions :

- enseignement (essentiellement en prégradué) ;*
- recherche (recherche sur les services de santé) ;*
- services (coordination des soins et de l'information sur les médecines complémentaires au CHUV et à la PMU).*

Plusieurs projets de recherche sont en cours, dont un qui vient d'être soutenu financièrement par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) dans un cadre compétitif et expertisé (Fondation Bangerter) à hauteur de 90'000 francs. Concernant le budget, 325'000 francs sont alloués au CEMIC pour 2015 et 2016. Une nouvelle évaluation sera effectuée en 2017 en vue de la pérennisation et d'une augmentation du financement.

Ce qui a été mis en place au CHUV depuis la votation populaire de 2009 est à saluer. Nous constatons cependant que ce centre ne fournira pas de prestations cliniques, mais uniquement des conseils lors de la mise en place de projets de développement dans le domaine des médecines complémentaires au sein des départements du CHUV et de la PMU et des informations générales sur les médecines complémentaires. Il n'est donc pas prévu d'offrir des soins ou même des conseils aux patients. Par comparaison, l'Institut de médecine complémentaire de l'Université de Berne offre des soins aux patients depuis 1995 et celui de l'Université de Zurich depuis 1994. Le centre de médecine intégrative de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall en offre également depuis 2009. L'offre est inexistante dans les hôpitaux publics de Suisse romande.

La responsabilité de la mise en place, de la gestion et de la supervision clinique d'interventions relevant des

médecines complémentaires revient aux services cliniques. Il est intéressant de souligner que c'est exactement la même décision qui avait été prise dans les années 1980 au sujet des soins palliatifs au CHUV : " chaque équipe doit assumer jusqu'à la mort la vie d'un patient hospitalisé " ; cette demi-mesure obligeait les patients à quitter le CHUV pour se rendre à Rive-Neuve s'ils souhaitaient des soins palliatifs. L'histoire montre qu'en 2002, le Grand Conseil a donc dû rectifier en adoptant un décret pour renforcer les soins palliatifs, afin de garantir enfin à tous un accès à des soins de qualité.

Le projet actuel des médecines complémentaires au CHUV qui laisse chaque service décider de son offre va certainement entraîner la poursuite de la situation actuelle, à savoir une offre hétéroclite et non structurée. Un patient peut recevoir un soin de médecine complémentaire, dans un service, pour un problème de santé, et ne pas le recevoir dans un autre service, pour le même problème de santé. Aujourd'hui, l'ostéopathie n'est proposée qu'en gynécologie obstétrique, alors que certains patients hospitalisés dans d'autres services pourraient en bénéficier. Un service peut décider de ne plus offrir un soin, par exemple, suite au changement d'un chef de service. Cette option est d'autant plus surprenante qu'un médecin du CHUV a été envoyé par sa direction générale pour se former aux USA (Mayo Clinic, Rochester, MI, Professeur Bauer) dans le but d'appliquer un concept d'intégration réussie de la médecine complémentaire dans un hôpital universitaire de médecine conventionnelle. Pourquoi dès lors ne pas s'inspirer d'un système qui fonctionne ?

Offrir des médecines complémentaires au CHUV peut donner l'impression de peu d'utilité. Il faut d'abord savoir que de nombreux patients ont déjà recours à des médecines complémentaires, pendant qu'ils sont au CHUV, notamment en automédication, avec les risques que cela comporte en termes d'interactions. Une offre coordonnée et des conseils individuels leur permettraient de faire des choix plus adéquats. Par ailleurs, les médecines complémentaires offrent des approches non pharmacologiques très intéressantes. Ainsi, des somnifères sont souvent introduits chez les patients pendant leur hospitalisation, médicaments difficiles à arrêter par la suite. Il serait certainement utile d'offrir d'autres approches, par exemple de l'hypnose, aux patients pendant qu'ils sont hospitalisés. La problématique est similaire avec la douleur. On ne peut toutefois pas avoir un spécialiste de l'hypnose dans chaque service : une offre de consultants, comme c'est le cas pour les autres spécialités, serait une option intéressante. Enfin, le CHUV pourrait être le lieu où soignants et patients peuvent recevoir des informations objectives et basées sur les données scientifiques, alors que trop souvent les informations sur les médecines complémentaires peuvent être biaisées notamment par des objectifs de vente ou des croyances.

Le CHUV devrait s'inspirer des expériences d'autres hôpitaux, notamment aux Etats-Unis : le projet actuel n'est pas novateur, vu qu'il n'offre aucun soin aux patients. L'évolution des soins palliatifs au CHUV pourrait être un exemple.

Dès lors, nous demandons au Conseil d'Etat :

1. qu'un véritable Centre de Médecines complémentaires soit offert avec des soins aux patients et que ceux-ci y aient accès quel que soit le service dans lequel ils se trouvent. Cela dès que le recensement des compétences internes et fonctionnant déjà à satisfaction aura été réalisé au sein du CHUV.
2. La pérennité de ce centre en lui accordant les moyens financiers nécessaires.
3. Un délai raisonnable pour le mettre en fonction, soit idéalement fin 2016 ou début 2017.

Modification du point 1 du postulat lors de la Commission thématique de la santé publique

Lors de la discussion de ce postulat à la commission thématique de la santé publique en date du 6 novembre 2015, le point 1 du postulat a été reformulé de la manière suivante (point 6, vote de la commission):

" Le président résume l'interprétation retenue de la demande no 1 du postulat : assurer, selon des modalités à examiner, l'équité d'accès pour les patients du CHUV aux médecines complémentaires ; renforcer la promotion des pratiques dont l'efficacité a été démontrée, notamment les médecines complémentaires déjà offertes au CHUV actuellement.

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat dont la première demande a été reformulée, à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat. "

C'est cette reformulation du point 1 qui a ensuite été présentée au Grand Conseil.

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil

1 INTRODUCTION

Les patients, tant en Suisse que dans d'autres pays, font largement appel aux médecines complémentaires (MC). En Suisse, près de la moitié de la population a fait recours au moins une fois dans sa vie à une MC et une personne sur quatre a été au moins une fois dans l'année en consultation de MC (Wolf U. et al., ForschKompl 2006 ; Klein MC. Et al., PlosOne 2015). Les personnes atteintes de maladies chroniques font davantage recours aux MC (Klein MC. Et al., PlosOne 2015). En ce qui concerne l'oncologie, un tiers des patients atteints de cancer ont recours aux MC (Molassiotis A. et al., AnnOncol 2005).

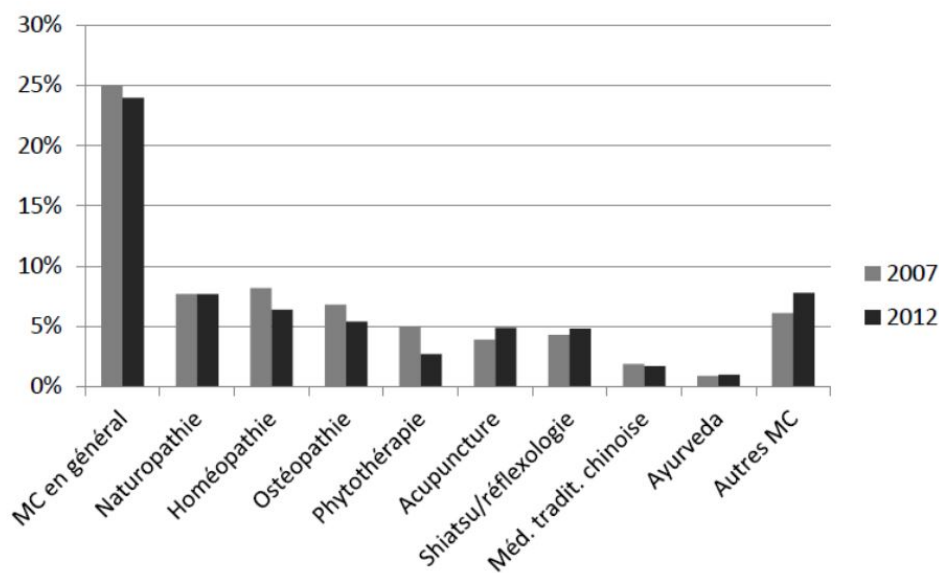


Table 1. Recours aux médecines complémentaires dans les 12 derniers mois (Enquête suisse sur la santé) (%)

De nombreuses définitions des médecines complémentaires existent. La définition des MC utilisée par le CHUV est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle les médecines complémentaires "se rapportent à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant". Cette définition est également utilisée aux Etats-Unis par le National Institute of Health (NIH). Ainsi, des thérapies comme l'hypnose ou l'art-thérapie sont considérées comme MC, car elles répondent à cette définition. Le CHUV a également décidé de ne pas se focaliser uniquement sur les MC remboursées par l'assurance obligatoire de soins, mais de s'intéresser aux MC dans leur ensemble.

Contrairement à l'idée fortement répandue, il existe une très grande diversité des MC en termes de recherche, de formation et d'implémentation. Certaines thérapies font l'objet de recherches poussées et ont démontré leur efficacité dans certaines indications comme par exemple l'acupuncture dans le traitement de la douleur, alors que d'autres n'ont jamais fait l'objet de recherche (bain de pieds quantique par exemple). Il existe des formations structurées pour certaines MC, comme par exemple l'ostéopathie qui est désormais enseignée en Suisse dans une HES [*Bachelor of science HES-SO en ostéopathie, Haute Ecole de santé, Fribourg*], alors que l'on peut se former en un week-end à d'autres thérapies. L'ostéopathie est bien implémentée en Suisse romande dans le domaine ambulatoire, mais quasi absente des hôpitaux.

Les différentes enquêtes menées par le Centre de médecine intégrative et complémentaire du CHUV/PMU (CEMIC) ont montré que le recours aux MC est fréquent parmi les patients suivis au CHUV et intéresse les soignants.

- Une enquête auprès des infirmiers, médecins, sages-femmes et physiothérapeutes du CHUV a montré que plus de 90% (n=1247, taux de réponse 25%) adresseraient leur patient pour un traitement de médecine complémentaire contre la douleur si ces traitements étaient offerts au CHUV, avec une préférence pour l'hypnose, l'acupuncture et l'ostéopathie. Toutefois, 63% disent ne pas avoir assez de connaissances sur les MC (Aveni E. et al., Explore 2016).
- Une enquête auprès des médecins de famille du canton de Vaud a montré que 92% (n=109) d'entre eux pensaient que la mise à disposition d'une consultation d'orientation et de conseil sur les MC dans le canton pourrait aider leurs patients (Schneider S. et al., Pédagogie Médicale 2014).
- En ce qui concerne les patients, une étude récente menée en oncologie au CHUV a démontré que 46% des patients en cours de traitement de chimiothérapie utilisent également des approches complémentaires.
- Une autre étude a montré que 10% des patients hospitalisés en médecine interne au CHUV ont recours à de la MC pendant leur hospitalisation, bien qu'elle ne soit pas offerte dans ce service, ce qui pose notamment de possibles

problèmes d'interactions entre la prise de phytothérapie et de médicaments.

2 ETAT DES LIEUX DES OFFRES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

2.1 Etat des lieux dans les hôpitaux en Suisse et dans le monde occidental

De nombreuses facultés de médecine en Amérique du Nord et quelques-unes en Europe, ont créé des centres ou instituts chargés de mener des recherches, d'organiser un enseignement pré et post-gradué dans ce domaine et d'offrir des soins de médecine complémentaire aux patients. En Suisse, les Universités de Berne et de Zurich ont mis en place des chaires de MC depuis les années 2000, avec de la recherche, de l'enseignement et de la clinique. L'hôpital de St-Gall a ouvert un centre de médecine intégrative en 2012 (Schlaeppli M., Primary Care 2012).

2.2 Etat des lieux au CHUV

La sensibilisation aux médecines complémentaires fait partie, depuis de nombreuses années, du programme des études de médecine à Lausanne. Suite à la votation fédérale sur l'article constitutionnel concernant les MC en 2009 et la réorganisation de l'enseignement à la Faculté de Biologie et Médecine (FBM) de l'Université de Lausanne, le Décanat a mis sur pied un groupe de travail chargé de réorienter la formation pré-graduée, post-graduée et continue dispensée dans le domaine des MC et d'évaluer la place des médecines complémentaires au CHUV. Fin 2010, le Décanat de la FBM et la Direction du CHUV ont décidé de mettre sur pied une Commission permanente des médecines complémentaires ayant pour tâche d'observer, conseiller et commenter les activités liées aux MC au CHUV et à la FBM. Depuis début 2014, le groupe de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires a été intégré à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

Le Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) a été créé en juin 2015, actuellement rattaché à l'IUMSP (Dir. Prof. F. Paccaud), en l'Unité d'évaluation des soins (Prof. B. Burnand) ; une antenne de coordination clinique est basée à la PMU (Dir. Prof. J. Cornuz). Cette antenne a créé en 2015 un réseau de coordination regroupant des cadres, infirmiers et médecins, issus de chaque département clinique du CHUV.

Le personnel régulier du CEMIC comprend actuellement 2 EPT, dont 1.5 EPT pour la recherche et l'enseignement et la coordination du CEMIC et 0.5 EPT pour les services cliniques. Le Dr P.-Y. Rodondi, est engagé à 0.5 EPT comme Médecin associé responsable des activités du CEMIC. Pour le moment, le CEMIC n'offre ni conseils cliniques, ni soins aux patients, mettant la priorité sur les activités de recherche et d'enseignement, ainsi que le recensement cité plus bas. L'enseignement a rapidement dépassé le seul enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins (formation continue et postgrade), puisque de nombreux enseignements ont également été donnés dans les filières de soins infirmiers, diététiciens et sages-femmes. Le CEMIC ne peut d'ailleurs pas répondre à la demande actuelle, tant elle est importante. Les médias sollicitent également fréquemment les membres du CEMIC.

3 RECENSEMENT DE L'OFFRE AU CHUV ET PISTES DE DÉVELOPPEMENTS

3.1 Offres de médecines complémentaires au CHUV

Sur demande du Directeur général du CHUV, le CEMIC a effectué début 2016 un recensement des offres de médecine complémentaire au CHUV. L'objectif était de connaître l'offre actuelle de MC au CHUV, d'obtenir l'avis des Directions de département concernant les MC, et de créer un registre des thérapeutes de MC au CHUV.

Un total de 63 offres de médecine complémentaire a été recensé, comprenant 21 types différents de MC (Tableau 2). L'hypnose, suivie du massage, de la réflexologie, du reiki et de l'art-thérapie sont les MC qui comprennent le plus grand nombre d'offres dans l'institution. En revanche d'autres offres sont uniques telles que l'acupuncture et l'ostéopathie et ne sont offertes chacune que par un seul thérapeute à temps partiel, rendant l'accès à ces soins très limité pour les patients du CHUV et une absence d'offre pendant leurs absences. La grande majorité des thérapeutes sont internes à l'institution. Les infirmiers représentent la majorité des professionnels pratiquant des MC dans l'institution, suivis des physiothérapeutes. Le nombre d'offres est très variable entre les départements (de 21 offres dans un département à l'absence d'offre dans un autre). La plupart des offres de MC sont dédiées à un département, voire à un service du CHUV. Ainsi, l'accès aux MC diffère selon le service clinique.

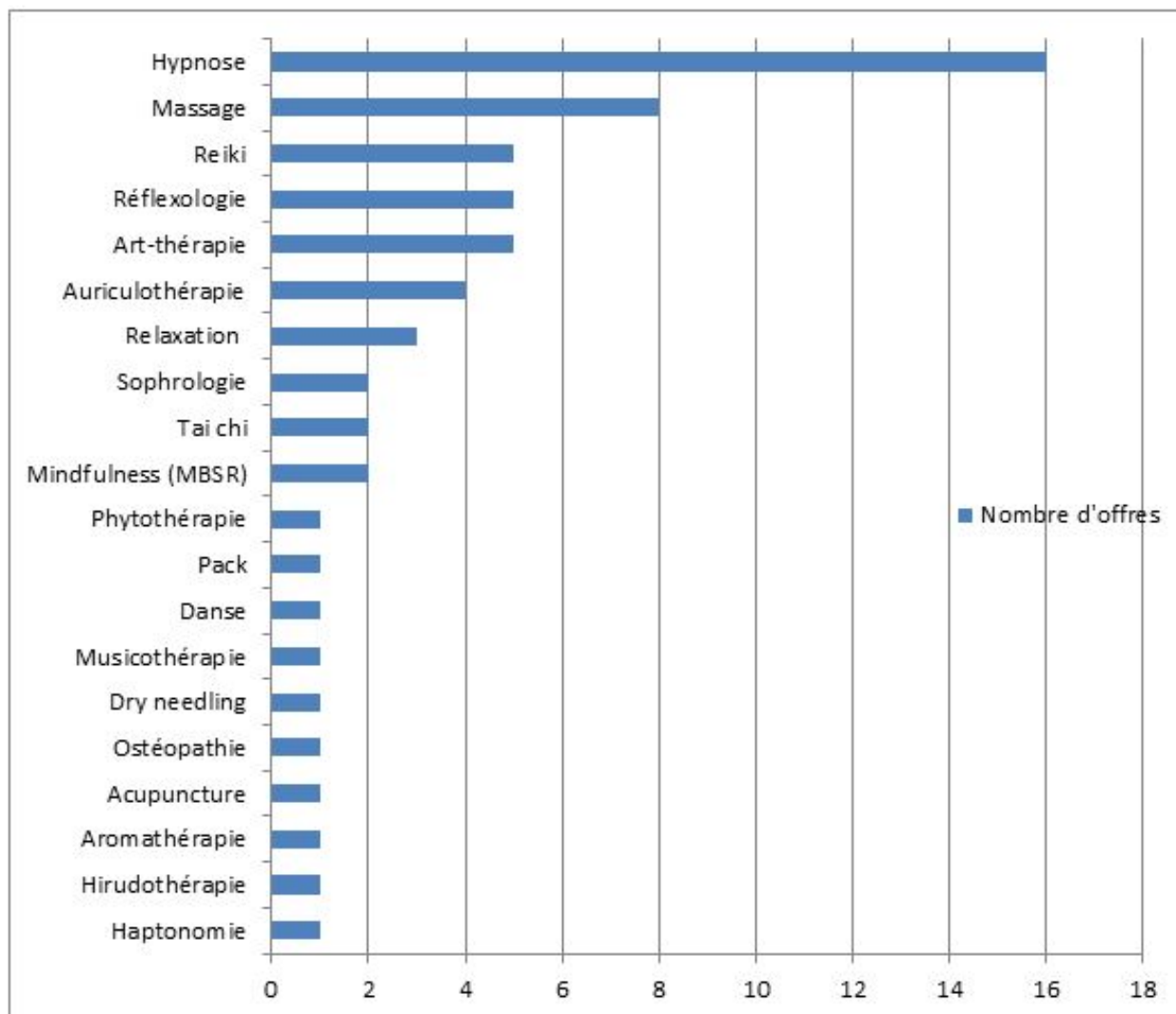


Tableau 2. Nombre d'offres par type de MC, CHUV, 2016.

NB : En raison de l'hétérogénéité de l'offre, il existe une grande variation de disponibilité de ces différentes offres pour les patients, rendant impossible le calcul des EPT dédiés à une thérapie (une offre d'hypnose peut par exemple varier dans un service à moins d'un patient traité par semaine à plusieurs par jour dans un autre).

3.2 Besoins et attentes concernant les médecines complémentaires au CHUV

Des entretiens ont été réalisés par le CEMIC avec toutes les Directions médicales et de soins cliniques du CHUV, ainsi que la majorité des thérapeutes exerçant une MC au CHUV, afin de mieux comprendre les besoins et les problèmes liés aux MC au CHUV. Trois thèmes ont été mis en évidence par l'analyse des entretiens, qui indiquaient des avis très proches des membres des différentes Directions rencontrées et des thérapeutes.

- Le premier thème concerne les pratiques de MC à l'intérieur du CHUV. Des projets ont émergé suite à des situations de soins difficiles, où les professionnels se retrouvent démunis face à la souffrance des patients, comme c'est le cas

pour l'hypnose utilisée lors des soins des grands brûlés (contrôle des douleurs). Certaines MC sont offertes dans le cadre du temps de travail du professionnel alors que pour d'autres, un pourcentage est contractuellement dédié. La majeure partie des MC sont dispensées par des professionnels engagés au CHUV. Elles sont pratiquées dans le cadre de l'engagement du professionnel souvent sans que cela fasse l'objet d'une description dans son cahier des charges. La formation en MC des différents thérapeutes est très hétérogène.

- Le deuxième thème concerne les obstacles. L'offre est relativement précaire. En effet, lorsqu'aucun pourcentage de travail fixe n'est octroyé, il arrive que le soin de MC ne puisse être offert, les soins réguliers étant priorités. Plusieurs offres de MC dépendent en partie ou totalement du financement de divers fonds privés (fondations ou associations). Une fois mises en place, les offres ne sont pas forcément pérennisées, soit que le collaborateur n'est pas remplacé en cas d'absence prolongée ou de départ définitif du service, soit que la nouvelle direction souhaite ne pas prolonger l'offre. Par ailleurs, l'équité d'accès à un soin n'est pas garantie puisqu'elle dépend de la disponibilité de l'offre dans le service. Enfin, pour les prestations ambulatoires, les MC ne sont souvent remboursées que par l'assurance complémentaire. Ainsi, certains soins ne sont pas disponibles pour les patients qui n'ont pas d'assurance complémentaire ou ne peuvent pas s'offrir le soin. Il existe aussi un certain nombre de réticences des soignants face aux MC, notamment en ce qui concerne les risques d'interactions avec les traitements conventionnels.
- Le troisième thème porte sur les pistes d'interventions. Face à ces différents éléments, diverses pistes ont été abordées avec les Directions des départements. La proposition de la création d'une consultation de conseils sur les MC est unanimement souhaitée par les Directions de départements, de même que la mise en place d'une équipe mobile à disposition des différents départements du CHUV, comme cela se fait pour les autres spécialités au CHUV. Cette offre transversale permettrait un lieu d'information sur les MC, une équité d'accès des patients à certains soins et une amélioration de la qualité de l'offre, avec des soignants spécialisés dans leur thérapie. Enfin, une information contenant les bénéfices, les risques, les interactions et contre-indications devraient, selon les Directions, être à la disposition des professionnels de santé du CHUV.

En ce qui concerne l'avis des patients, la demande est importante, alors que la communication médecin-patient est déficiente. Dans une enquête en oncologie au CHUV, 74% des patients pensaient que les MC n'avaient pas d'effets secondaires et la moitié des patients pensaient être suffisamment informés sur les bénéfices et risques des MC, mais il faut souligner que leurs sources d'informations étaient en majorité les amis et la famille. Le manque de communication sur les MC était important avec 86% des patients à qui leur oncologue ne leur avait pas demandé s'ils recourent à des MC. Une autre étude en médecine interne au CHUV a montré que 96% des patients n'avaient pas eu de questions du médecin sur leur recours à des MC, 32% auraient souhaité recevoir des informations sur les MC durant leur hospitalisation et 75% auraient essayé une MC si elle leur avait été proposée durant leur hospitalisation. Selon des témoignages recueillis auprès de l'espace Patients et Proches du CHUV, des patients se sont plaints de ne pas avoir été informés ou référés à des MC.

Une étude en pédiatrie à l'hôpital de Zurich a montré que 56% des parents souhaitaient avoir accès à un médecin spécialisé en MC pour des conseils (Zuzak TJ et al. EurJPed 2009). Les patients souhaitent donc parler de ce sujet et l'évolution rapide des données scientifiques ne laisse pas le temps à chaque médecin d'être également au courant des données sur les MC. C'est pour cette raison que de nombreux hôpitaux, aux Etats-Unis notamment, ont développé une consultation de conseils sur les MC.

3.3 Coûts et financement

Comme c'est aussi souvent le cas dans le domaine de la médecine conventionnelle, il existe peu d'études de coût-efficacité des MC. Toutefois, il existe par exemple des études qui montrent que l'acupuncture a un bon profil coût-efficacité pour les lombalgies (Herman PL et al., BMJOpen 2012). Une étude réalisée au CHUV chez les grands brûlés a montré une économie de 19'000.- par patient traité par hypnose (Berger M. et al., Burns 2010).

Un autre aspect concerne la possibilité qu'une prestation de MC soit remboursée par l'assurance obligatoire de soins. En ce qui concerne les prestations ambulatoires, seules certaines prestations de MC effectuées par des médecins sont remboursées par l'assurance de base. Certaines prestations délivrées par des infirmiers, des psychologues ou des physiothérapeutes peuvent probablement, dans certaines conditions, être remboursées par l'assurance de base, mais ceci nécessite une évaluation plus poussée. Les autres prestations sont soit remboursées par l'assurance complémentaire, soit à charge du patient. En ce qui concerne les prestations hospitalières, une évaluation réalisée au CHUV a mis en évidence que les prestations de MC n'ont pratiquement aucune influence sur le DRG, en d'autres termes, elles ne sont pas valorisables dans la facturation.

Enfin, si certaines prestations étaient offertes uniquement sur la base de partenariats financiers avec des fondations, il y a un risque qu'uniquement certains types de patients (" patientèle " particulière de ces fondations) y aient accès, comme par exemple la pédiatrie ou l'oncologie.

Ainsi, la facturation aux assurances, tout comme les financements autres (fondations notamment), n'offrent que peu de possibilités et ceci constitue un obstacle au développement des MC. Ainsi, comme hôpital public, d'un côté il est

difficilement défendable que les patients sans assurance complémentaire ou aux ressources financières limitées ne puissent pas avoir accès à certains soins et d'un autre côté une prestation qui a montré son efficacité devrait être proposée aux patients, même si elle n'est pas remboursée par l'assurance de base. Ainsi le CHUV offre déjà actuellement par exemple l'hypnose chez les grands brûlés ou le tai chi pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, bien que ces prestations ne soient pas remboursées.

3.4 Projet de développement d'une offre de médecine complémentaire au CHUV

Suite à ce recensement et à l'avis des Directions de départements, le CHUV a étudié et évalué les modalités possibles de mise en place d'une offre de MC pour les patients du CHUV. Cette offre ne doit pas se faire au détriment d'autres offres de soins de médecine conventionnelle. Par ailleurs, il convient de se baser avant tout sur les problèmes de santé rencontrés concrètement par les patients plutôt que d'adopter *ex nihilo* une approche complémentaire donnée. Par exemple, cette enquête a montré qu'il n'y aurait aucun sens à créer des lits de médecine complémentaire au CHUV : l'offre doit être disponible là où le patient se trouve dans le CHUV et en coordination avec les autres soins. C'est pour ces raisons que le recensement de l'offre et des besoins était une priorité.

L'option choisie par le CHUV, à savoir d'aller recueillir les besoins de tous les départements cliniques dans le domaine des médecines complémentaires, est pour un hôpital universitaire une première en Europe. Berne, par exemple, a mis en place des démarches opposées à celle du CHUV, en choisissant certaines médecines complémentaires sans tenir compte des réels besoins des hôpitaux. Berne offre aux patients ambulatoires principalement, et parfois aux patients hospitalisés, les médecines suivantes : l'homéopathie, la thérapie neurale, la médecine traditionnelle chinoise et la médecine anthroposophique, en raison de leur remboursement par l'assurance de base. Zurich offre, en principe aux patients ambulatoires seulement, la phytothérapie, puis depuis 2014, également l'acupuncture, les techniques psycho-corporelles et l'ostéopathie. L'hôpital cantonal de St-Gall a ouvert une consultation de médecine intégrative en 2012, tout d'abord centrée sur l'oncologie, puis pour la rhumatologie et la neurologie notamment. Cette approche peut être considérée comme un modèle.

L'offre clinique de MC au CHUV est prévue sur trois axes : offrir une consultation de conseils sur les MC, proposer des soins de MC définis à tous les patients de l'institution, former et informer à propos des MC (formation pré, postgrade et continue).

- Le premier axe, offrir une consultation de conseils sur les MC, consistera à expliquer la nature des interventions de MC, leur efficacité selon les preuves scientifiques existantes et, leurs risques. Cette consultation permettra également d'explorer les raisons pour lesquelles les patients souhaitent recourir à des MC et de poser une éventuelle indication à un traitement de MC. Cette consultation sera disponible tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Compte tenu de la forte demande des médecins installés, elle devrait également leur être ouverte, à terme.
- Le deuxième axe, l'offre de soins de MC définis à tous les patients de l'institution, comprend des MC considérées comme efficaces ou utiles dans des indications spécifiées. Les soins actuellement envisagés sont l'acupuncture, l'hypnose, l'aromathérapie, l'art-thérapie et le massage/relaxation. L'ostéopathie pourrait aussi être envisagée. Le choix exact nécessite encore une analyse détaillée et des discussions avec les différents départements du CHUV, qui auront lieu courant 2017. Ces offres doivent être accessibles tant aux patients hospitalisés qu'ambulatoires, tout en mettant une priorité sur l'hospitalier. Néanmoins, en oncologie, par exemple, 80% des patients sont traités en ambulatoire : ils doivent aussi pouvoir accéder à des prestations de MC. Par ailleurs, le recours à ces thérapies doit comporter une indication médicale validée par les cadres médico-infirmiers du CEMIC, afin que les patients qui en ont le plus besoin puissent y avoir accès.
- Le troisième axe concerne la formation et l'information. Le CEMIC continuera à participer aux formations des professionnels de santé tant en prégradué que postgradué. Il s'agira aussi de créer un site internet d'information pour les professionnels de santé. Les services pourront développer d'autres offres de soins en MC, mais elles devront faire l'objet d'un préavis du CEMIC, puis d'une validation par la DG du CHUV.

En outre, le registre des thérapeutes complémentaires agréés par le CHUV sera mis à jour régulièrement et les profils professionnels des thérapeutes exerçant au CHUV seront définis, profils qui préciseront les formations et expérience nécessaires à dispenser des MC aux patients du CHUV. Les thérapeutes complémentaires se rencontreront régulièrement sous l'égide du CEMIC pour un partage d'expérience et pour la formation continue.

Le résumé dans le tableau 3 ci-dessous montre, pour différents aspects, les résultats de l'enquête menée au CHUV et les actions de développements possibles. Cette enquête a montré qu'il ne faut pas agir uniquement sur l'offre de soins de MC au CHUV, mais également sur d'autres aspects (formation, information, profils professionnels,...). En effet, l'offre de MC doit se positionner en termes de soins aux patients, et non d'une offre de bien-être, ce qui entraîne des exigences identiques à celles d'interventions de médecine conventionnelle.

Ce concept, appelé médecine intégrative, vise à offrir les meilleurs soins aux patients, qu'ils soient issus de médecine conventionnelle ou complémentaire. C'est uniquement si le développement des MC est appliqué de cette manière qu'une offre clinique de MC a du sens dans un hôpital universitaire comme le CHUV. Un tel concept, fort présent dans les hôpitaux universitaires aux Etats-Unis, est pratiquement inexistant en Europe. Toutefois, au CHUV, les aspects recherche et enseignement restent indispensables, exigence qui ne s'applique pas de la même manière à St Gall. Enfin, la méthode utilisée au CHUV, à savoir de consulter tous les Départements de l'hôpital est unique en Europe.

De cette manière, le CHUV développe une véritable vision pour les MC : il s'agit, non pas de donner aux patients un droit à des traitements par des MC au CHUV, mais d'améliorer, avec les MC, l'offre globale de soins aux patients dans le cadre du plan thérapeutique de chaque patient.

| Concepts | Résultats de l'enquête | Mesures |
|--|--|---|
| Connaissance des soignants Information des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Soignants ne sachant souvent pas répondre aux questions des patients sur les MC • Méconnaissance des patients et soignants sur les risques d'interactions entre plantes et médecine conventionnelle • Patients se plaignant de ne pas recevoir d'information sur les MC | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer une consultation spécialisée en MC ✓ Développer des sites intra/internet et des flyers |
| Offre de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des offres entre les services • Précarité et variations d'accès aux soins MC • Manque de continuité des soins • Complexité clinique de certains patients hospitalisés au CHUV | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer une offre transversale (équipe mobile) ✓ Choisir les MC proposées et leurs indications ✓ Centraliser l'information sur les offres ✓ Privilégier des thérapeutes internes avec formations en santé ✓ Créer une communauté d'échange d'expérience des thérapeutes. |
| Profils des thérapeutes | <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des formations | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer et maintenir à jour un registre des thérapeutes ✓ Développer des profils professionnels spécifiques et leur descriptif de fonction respectif |
| Coûts | <ul style="list-style-type: none"> • Soins hospitaliers entraînant un coût supplémentaire sans recettes correspondantes • Soins ambulatoires : <ul style="list-style-type: none"> ○ équité d'accès si MC dans la LAMal ○ iniquité d'accès si à charge du patient ou dans la LCA | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer la manière de facturer selon les DRG et l'impact sur les coûts globaux ✓ Mener des recherches coûts-efficacité ✓ Trouver un modèle de financement qui permette une équité d'accès ✓ Déterminer le coût résiduel à charge de l'Etat, en tant que subvention. |
| Dossier médical | <ul style="list-style-type: none"> • Disparité des notes de suivi | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer un formulaire uniforme dans le dossier informatisé patient ✓ Etablir des indicateurs de soins de MC (utilisation, coûts, qualité, sécurité) |

Tableau 3. Résumé de l'enquête réalisée au CHUV quant à la situation 2016 concernant les MC, avec les pistes d'action possibles dans le domaine clinique.

Les différents axes de ce projet de développement des MC au CHUV en font un projet novateur tant dans l'offre de

conseils que les soins offerts. Il pourrait ensuite servir d'exemple pour d'autres hôpitaux.

La mise en œuvre de ces intentions ne peut se faire que de manière progressive. La 1^{ère} phase porte sur deux ans.

4 OBJECTIFS, RESSOURCES ET FINANCEMENT

4.1 1ère étape : 2017 - 2018

La recherche et l'enseignement sont établis depuis plusieurs années ; l'évaluation des pratiques au sein de l'institution ainsi que l'étude d'une implémentation d'un Centre des médecines complémentaires (CEMIC) a été réalisée. Le Centre peut ainsi initier une nouvelle phase du projet.

Cette phase a pour objectif principal, en plus de l'enseignement et la recherche, de mettre en place une activité de coordination des soins en médecine complémentaire pour les patients hospitalisés et d'agréer, ou non, les différents professionnels actifs dans ce domaine ; cette activité prévoit également une offre de conseil et de soins aux patients hospitalisés. La partie ambulatoire de cette offre sera mise en œuvre en oncologie grâce aux soutiens de la Fondation Spicher et de la Fondation Denantou dans le cadre d'une phase pilote de la mise en place de l'équipe mobile du CEMIC.

Le budget et les sources de financement se constituent selon trois activités :

1. Activité clinique hospitalière : coordination de la pratique et des offres de soins aux patients hospitalisés
2. Activité d'enseignement et de recherche

C'est par une réallocation budgétaire du CHUV et de l'UNIL que ces 2 premières activités peuvent être réalisées. Le budget atteint au total CHF 440'000 par année.

3. Activité clinique oncologique : offre de soins aux patients hospitalisés et ambulatoires par l'équipe mobile.

L'activité en oncologie est rendue possible grâce aux deux fondations précitées qui ont offert la somme de CHF 250'000 au total, répartie sur 2 ans et demi (2017 à mi-2019).

4.2 2ème étape : dès 2019

Le développement d'une offre clinique structurée et qui soit accessible à tous les patients du CHUV nécessite une augmentation substantielle du personnel du CEMIC, ainsi que des locaux sur le site du CHUV. Cette nouvelle phase sera envisagée après le bilan de l'expérience en oncologie et en fonction des résultats globaux de la phase 2017-2018.

Elle exigera une coordination et une supervision plus importantes ; un médecin cadre à 1 EPT, au lieu de 0.5 EPT actuellement, sera ainsi nécessaire. Le CEMIC consolidera son équipe mobile afin d'élargir progressivement son offre de soins pour les patients hospitalisés et ambulatoires ; ceci notamment pour assurer une continuité de prise en charge de patients qui changent d'unités au sein de l'institution. Ces activités cliniques permettent de générer des revenus qui compenseront partiellement les charges du Centre.

L'activité d'enseignement et recherche reste inchangée par rapport aux années précédentes.

Les prestations offertes à l'oncologie par les soutiens des Fondations Spicher et Denantou s'arrêtent en cours d'année 2019. Une demande devra être réitérée, afin d'obtenir un financement pour un poste de psychologue en oncologie par exemple.

Un déploiement immédiat sur tout le CHUV est à risque dans ce domaine sensible. L'ouverture du CHUV aux MC ne doit pas être une ouverture à toutes les MC de manière exhaustive, mais bien uniquement à certaines avec des potentiels bénéfiques cliniques pour les patients, démontrés scientifiquement. Le CEMIC doit pouvoir mettre en place une collaboration très étroite avec les départements, afin que les messages soient cohérents.

Offrir à terme une équité d'accès aux soins de MC pour les patients du CHUV, comme cela se fait pour d'autres spécialités, est un objectif possible pour 2023. Le développement d'une collaboration avec le secteur privé permettra d'adresser des patients ambulatoires en ville lorsque le suivi au CHUV ne sera pas nécessaire. Enfin, ce projet devrait se faire dans une collaboration plus étroite et formalisée avec un hôpital de renom comme par exemple une intensification de la collaboration avec la Mayo Clinic, Rochester (USA).

5 RÉPONSES AUX QUESTIONS DU POSTULAT

1. **Assurer, selon des modalités à examiner, l'équité d'accès pour les patients du CHUV aux médecines complémentaires ; renforcer la promotion des pratiques dont l'efficacité a été démontrée, notamment les médecines complémentaires déjà offertes au CHUV actuellement. Cela dès que le recensement des compétences internes et fonctionnant déjà à satisfaction aura été réalisé au sein du CHUV.**

Au cours de l'année 2016, le CHUV a évalué la pertinence des prestations de MC déjà offertes, ainsi que les besoins des différents départements. Tant les patients que les soignants ont confirmé un besoin d'offre coordonnée de conseils et de soins dans ce domaine. Il existe effectivement un manque d'équité d'accès à certaines prestations de MC, qui sera corrigée avec les projets de développements actuels. Le CHUV a décidé de centrer son offre sur certaines prestations, qui peuvent d'ailleurs évoluer au cours du temps en fonction des données scientifiques et des besoins. Ces prestations seront, à terme, offertes de manière transversale, par des professionnels agréés, à tous les patients du CHUV chez qui il existe une indication médicale. Le déploiement progressif permettra d'ajuster l'offre selon les expériences du terrain.

2. **La pérennité de ce centre en lui accordant les moyens financiers nécessaires.**

La mise en place de prestations cliniques de MC nécessite des moyens supplémentaires qui ne pourront pas s'auto-financer par une facturation des prestations, même si des études ont montré que certaines MC peuvent réduire les coûts globaux d'hospitalisation (par exemple : hypnose chez les grands brûlés au CHUV (op. cit.) et MC en oncologie (Kligler B., Am J Managed Care 2011)). De manière générale, et par définition, l'introduction des MC auprès des patients hospitalisés ne permet pas de facturer davantage, elles ne sont donc pas remboursées en tant que telles.

Il existe aussi certaines prestations non remboursées par l'assurance de base (pour ce qui est de l'ambulatoire), mais qui ont montré un effet coût-efficacité favorable. Par exemple le tai-chi réduit les risques de chute chez les patients avec maladie de Parkinson, de manière coût-efficace (Li F., New Engl J Medicine, 2012 ; Li F., Prev Chron Dis 2015). Limiter l'offre de MC uniquement à celles remboursées par l'assurance de base serait un non-sens du point de vue scientifique.

La poursuite d'une activité de recherche et d'enseignement est nécessaire, soutenue financièrement par le CHUV et l'Unil. De plus, un partenariat avec les HES est envisagé favorablement de part et d'autre, afin de renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des MC. Des moyens financiers supplémentaires sont donc nécessaires, par exemple selon un modèle de financement mixte qui pourrait être envisagé par l'Etat et une/des fondations.

3. **Un délai raisonnable pour le mettre en fonction, soit idéalement fin 2016 ou début 2017.**

Ce délai est trop court. L'année 2017 doit servir à préparer l'information, recruter et former le personnel nécessaire et mettre en place certaines prestations sous forme d'expériences pilotes dans différents services du CHUV. La montée en puissance au niveau du CHUV dépendra des moyens financiers. Toutefois, un déploiement trop rapide pourrait entraîner des difficultés à corriger le tir, alors qu'un déploiement trop lent pourrait entraîner la mise en place de prestations non coordonnées à l'intérieur de l'institution. L'offre clinique débutera dans le courant de l'année 2017 et se déploiera progressivement d'ici 2022.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 avril 2017.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean