

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

Evaluation du projet SPAS- PMU REVIAC

Daria Koutaïsoff, Sophie Stadelmann, Pierre Simon-Vermot,
Jean-Pierre Gervasoni

RAISONS DE SANTÉ 243 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 243

Étude financée par : Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

Citation suggérée : Koutaïssoff D, Stadelmann S, Simon-Vermot P, Gervasoni J-P.
Evaluation du projet SPAS-PMU REVIAC, Institut universitaire de
médecine sociale et préventive, Lausanne 2015 (Raisons de santé
243).

Remerciements : A toutes les personnes qui ont participé à l'évaluation

Date d'édition : Juin 2015

Table des matières

1	Introduction	7
1.1	Le projet REVIAC	9
1.1.1	But, objectifs et axes du projet.....	9
1.1.2	Consultation de la PMU.....	10
1.2	Le mandat	11
1.3	Structure du rapport.....	12
2	Méthode	13
2.1	Analyse des données de monitoring (approche quantitative)	15
2.2	Entretiens (approche qualitative).....	15
2.2.1	Acteurs stratégiques	15
2.2.2	Médecins traitants.....	16
2.2.3	Assistants sociaux	17
2.2.4	Bénéficiaires	18
3	Analyse des données de monitoring (approche quantitative).....	21
3.1	Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires.....	23
3.2	Procédure REVIAC	25
3.3	Synthèse.....	31
4	Perceptions des parties prenantes (approche qualitative)	33
4.1	Perceptions du projet	35
4.1.1	Perceptions des acteurs stratégiques.....	35
4.1.2	Perceptions des médecins traitants	36
4.1.3	Perceptions des assistants sociaux.....	36
4.1.4	Perceptions des bénéficiaires	38
4.2	Apports de la consultation	38
4.2.1	Perceptions des acteurs stratégiques.....	38
4.2.2	Perceptions des médecins traitants	39
4.2.3	Perceptions des assistants sociaux.....	40
4.2.4	Perceptions des bénéficiaires	40
4.3	Difficultés rencontrées et/ou critiques formulées à l'égard du projet REVIAC.....	41
4.3.1	Perceptions des acteurs stratégiques.....	41
4.3.2	Perceptions des médecins traitants	42
4.3.3	Perceptions des assistants sociaux.....	43
4.3.4	Perceptions des bénéficiaires	44
4.4	Relations de collaboration.....	44
4.4.1	Entre médecin référent et médecins traitants.....	45
4.4.2	Entre médecin référent et assistants sociaux	47
4.4.3	Entre médecins traitants et assistants sociaux	47
4.5	Perceptions liées à la procédure.....	49
4.5.1	Perceptions des acteurs stratégiques.....	49
4.5.2	Perceptions des médecins traitants	49
4.5.3	Perceptions des assistants sociaux.....	50

4.5.4	Perceptions des bénéficiaires	50
4.6	Propositions d'amélioration	51
4.6.1	Perceptions des acteurs stratégiques	51
4.6.2	Perceptions des médecins traitants	51
4.6.3	Perceptions des assistants sociaux	52
4.6.4	Perceptions des bénéficiaires	53
4.7	Synthèse	53
5	Conclusions et recommandations	55
6	Annexes	61
6.1	Procédure de consultation PMU	63
6.2	Document d'annonce à la PMU	65
6.3	Questionnaire au médecin traitant	69
6.4	Bilan du médecin référent	71

Liste des tableaux

Tableau 1	Personnes interrogées.....	16
Tableau 2	Description de l'échantillon de médecins interrogés.....	17
Tableau 3	Description de l'échantillon de bénéficiaires interrogés.....	19
Tableau 4	Nombre moyen, médian, minimum et maximum entre la demande de consultation et le déroulement de celle-ci, par CSR et total.....	27
Tableau 5	Rendez-vous manqués à la consultation REVIAC par trimestre de la demande (janvier 2013 – décembre 2014).....	28

Liste des figures

Figure 1	Âge moyen, médian, minimum et maximum des bénéficiaires par trimestre, période janvier 2013-décembre 2014 (n=103).....	24
Figure 2	Evolution du nombre de demandes de consultation REVIAC, totales et par CSR, période janvier 2013 - décembre 2014 (n=103).....	26
Figure 3	Raisons des demandes REVIAC par CSR (n=103).....	27
Figure 4	Type de suivi en cours par type de suivi nécessaire selon consultation REVIAC (n=88).....	29
Figure 5	« Une activité peut-elle être exigée selon REVIAC », par CSR (n=98).....	30
Figure 6	Relations de collaboration.....	45

Abréviations

AA	Autorité d'application
AI	Assurance invalidité
AS	Assistant social
CM	Certificat médical
CSR	Centre social régional
MR	Médecin référent
MT	Médecin traitant
ORP	Office régional de placement
PMU	Policlinique médicale universitaire
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociales
RESSORT	Réseau de soutien et d'orientation vers le travail
REVIAC	Réinsertion vie active
RI	Revenu d'insertion

1

Introduction

1 Introduction

1.1 Le projet REVIAC

1.1.1 But, objectifs et axes du projet

Le projet REVIAC (Réinsertion vie active) est un projet de collaboration entre le Service de prévoyance et d'aides sociales (SPAS) et la Policlinique médicale universitaire (PMU) pour améliorer les possibilités de démarches de réinsertion chez les bénéficiaires du revenu d'insertion (RI) avec certificat d'incapacité de travail. En effet, certains bénéficiaires ont des certificats médicaux d'incapacité récurrents et les assistants sociaux (AS) ne peuvent entreprendre les démarches nécessaires.

Le projet développé par le SPAS et la PMU comprend deux axes^a :

- La création à la PMU d'une consultation pour les bénéficiaires du RI dont l'état de santé compromet toute démarche d'insertion/d'activation.
- Le développement de l'information et de la formation : a) des médecins, principalement de premier recours, sur les thématiques sociales liées au RI et le réseau socio-sanitaire existant, et b) des assistants sociaux sur les pratiques des médecins traitants.

Les objectifs du projet sont :

- Encourager l'élaboration de projets favorisant l'autonomie des bénéficiaires (autonomie sociale comme professionnelle et financière), compatibles avec leur état de santé, réalistes et réalisables.
- Apporter un soutien médical aux bénéficiaires entrant dans une démarche d'insertion ou en cours d'insertion, en collaboration avec leurs médecins traitants.
- Fournir aux AS les informations nécessaires leur permettant d'initier, au besoin, une collaboration avec l'AI dans le cadre de mesures de prévention et d'insertion.
- Permettre aux AS de diriger et accompagner les bénéficiaires dont l'état de santé est incompatible avec une démarche d'insertion vers d'autres types de mesures ou d'autres prises en charge plus adéquates (rentes AI, etc.).
- Améliorer la collaboration entre les médecins traitants des bénéficiaires et les assistants sociaux en charge de leur dossier.
- Proposer, à terme, le développement de nouvelles mesures adaptées aux problématiques de santé des bénéficiaires.

^a Département de la santé et de l'action sociale, Service de prévoyance et d'aides sociales, Définition du projet de collaboration SPAS-PMU REVIAC (Réinsertion vie active), 18.09.2012.

1.1.2 Consultation de la PMU

La consultation se déroule dans les locaux de la PMU (av. de Béthusy, 1012 Lausanne). A l'heure actuelle, un seul médecin interniste est en charge de cette consultation (temps de travail : 20%).

Objectifs de la consultation de la PMU

La consultation poursuit 4 objectifs principaux :

- Préciser l'état de santé des bénéficiaires concernés.
- Estimer la capacité des bénéficiaires à entrer dans le projet d'insertion proposé par l'AS.
- Permettre aux assistants sociaux de diriger les bénéficiaires vers le projet d'insertion ou la prise en charge adaptée.
- Créer des connaissances épidémiologiques.

Processus lié à la consultation

Avec la consultation, une procédure de collaboration entre les différentes parties prenantes a été mise en place. Celle-ci est globalement la suivante^b :

- **Etape 1** : Une fois un bénéficiaire identifié, l'AS transmet un document d'annonce à la PMU. Celui-ci est signé par le bénéficiaire (voir annexe 6.2).
- **Etape 2** : Après réception du document d'annonce, le médecin référent envoie un questionnaire au médecin traitant du bénéficiaire lorsqu'il en a un (voir annexe 6.3).
- **Etape 3** : Après réception du questionnaire, le médecin référent contacte le bénéficiaire (s'il l'estime nécessaire) pour fixer un rendez-vous.
- **Etape 4** : Le médecin référent reçoit le bénéficiaire à la PMU pour une consultation et dispense les prestations nécessaires.
- **Etape 5** : Suite à la consultation, le médecin référent établit un bilan et le transmet à l'AS et au médecin traitant (voir annexe 6.4).

Modèle mis en place

Le modèle adopté par la PMU est un modèle de type 'médecin référent'. Ce dernier agit comme soutien a) aux AS ne trouvant pas de solutions pour un bénéficiaire en raison de ses problèmes de santé, b) aux médecins traitants qui pourront y trouver un appui/des conseils et c) aux bénéficiaires qui recevront un soutien complémentaire à celui de leur médecin traitant. A noter

^b Pour une version détaillée de cette procédure de consultation, voir annexe 6.1.

que dans le canton de Vaud aucune disposition dans la loi sur l'action sociale et son règlement ne prévoit que l'autorité d'application (AA) puisse demander aux bénéficiaires de se soumettre à l'examen d'un second médecin.

Mise en œuvre du projet

Le projet a débuté en janvier 2013 dans deux régions d'autorités d'application : Est Lausanne-Oron- Lavaux et Prilly-Echallens. Deux nouvelles régions ont intégré le projet en mars 2014 : JUNOVA (Jura Nord vaudois) et Morges-Aubonne-Cossonay.

1.2 Le mandat

Le SPAS a mandaté l'IUMSP pour une évaluation de la phase pilote du projet sur l'axe 1, qui concerne la création d'une consultation à la PMU.

L'évaluation doit apprécier l'atteinte des objectifs généraux du projet avec un regard particulier sur:

- Le type de médecin-conseil qui est pertinent dans le contexte vaudois (forces et faiblesses de l'approche vaudoise par rapport à l'approche genevoise)
- La compréhension qu'ont les différents acteurs du projet et leurs attentes à son égard
- L'adéquation du processus
- La capacité de la consultation de la PMU à préciser l'état de santé des bénéficiaires et leur capacité à entrer dans un projet d'insertion ou une prise en charge médicale adaptée
- L'utilité de la consultation PMU pour les assistants sociaux, en particulier pour les aider à orienter les bénéficiaires vers des mesures de réinsertion ou de prise en charge adaptées
- L'utilité de la consultation PMU pour les médecins traitants
- L'amélioration de la collaboration entre les médecins traitants des bénéficiaires et les assistants sociaux
- Les conséquences qu'un certificat de maladie peut avoir sur le processus d'insertion (un CM bloque-t-il l'entrée dans ce processus?)
- La satisfaction des bénéficiaires.

1.3 Structure du rapport

Le présent rapport est structuré de la manière suivante :

- le chapitre 2 décrit la méthode utilisée
- le chapitre 3 est consacré à l'analyse des données de monitoring
- le chapitre 4 présente les perceptions des parties prenantes (acteurs stratégiques, médecins traitants, assistants sociaux et bénéficiaires)
- les conclusions et recommandations sont exposées au chapitre 5.

2

Méthode

2 Méthode

La méthode d'évaluation proposée comprend deux approches : 1) l'analyse des données de monitoring récoltées par le DSAS et la PMU, et 2) l'analyse d'entretiens semi-structurés, individuels ou de groupe, des protagonistes du projet.

2.1 Analyse des données de monitoring (approche quantitative)

Une première base de données contenant les informations récoltées par la PMU nous a été remise par cette dernière le 2 février 2015. Le 9 mars 2015, la Cheffe de projet du SPAS a fourni à l'IUMSP quatre bases de données recensant les différentes informations récoltées au sujet des bénéficiaires des CSR des quatre CSR qui ont participé au projet REVIAC. Les cinq bases de données ont ensuite été fusionnées par nos soins.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons analysé les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires ainsi que des variables liées à la procédure REVIAC en tant que telle, comme l'évolution du nombre de demandes, la raison de la demande, le taux de rendez-vous manqués, etc.

2.2 Entretiens (approche qualitative)

Des entretiens individuels et collectifs ont été effectués avec les acteurs suivants : a) acteurs stratégiques du projet REVIAC ; b) médecins traitants des bénéficiaires ; c) assistants sociaux ; d) bénéficiaires.

2.2.1 Acteurs stratégiques

Personnes interrogées

L'IUMSP a rencontré dans un premier temps les principaux protagonistes du projet. Les personnes interrogées, définies en accord avec la cheffe du projet du SPAS, étaient les suivantes :

Tableau 1 Personnes interrogées

Personnes interrogées	Fonction
Mme Anne Clausen	Cheffe de projet SPAS
M Lionel Girardin	Directeur administratif adjoint PMU
Mme Frédérique Zihlmann	Médecin référent PMU
M Jean Perdrix	Représentant des médecins de famille Vaud
M Olivier Guex	Représentant des CSR
M Alain Perreten	Directeur CSR Est lausannois-Oron-Lavaux
Mme Murielle Brun-Morard / Mme Anne Kocher	Adjointes sociales CSR Morges-Aubonne-Cossonay

Thèmes abordés

Pour mener les entretiens, une trame a été préalablement élaborée. Celle-ci, réalisée en accord avec la cheffe de projet du SPAS, comportait globalement les thèmes suivants :

- Description et perception du projet
- Principaux apports/ points positifs
- Difficultés rencontrées
- Perspectives pour la suite

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face à face. Ils ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une synthèse.

2.2.2 Médecins traitants

Personnes interrogées

Les médecins traitants ayant une expérience avec le projet ont tout d'abord reçu une lettre de la PMU les informant de l'évaluation en cours et de la possibilité d'être contacté pour participer à un entretien.

Une liste comprenant les médecins concernés par le projet a ensuite été transmise à l'IUMSP. Pour le choix des médecins, et en vue d'obtenir un échantillon raisonné, les critères suivants ont été retenus : le sexe, la spécialité médicale et la localisation du cabinet. Pour l'obtention d'un entretien, l'IUMSP a contacté les cabinets et fixé un rendez-vous téléphonique avec l'assistante médicale.

Sur 14 médecins contactés, 10 entretiens téléphoniques ont été effectués (2 refus, 2 injoignables). Le tableau suivant présente brièvement l'échantillon obtenu.

Tableau 2 Description de l'échantillon de médecins interrogés

	Echantillon (n)
Sexe	
Hommes	6
Femmes	4
Spécialité médicale	
Médecine générale / interne	7
Psychiatrie	3
Localité	
Lausanne	5
Morges	3
Orbe	1
Renens	1
Nombre de médecins interrogés	10

Thèmes abordés

Une grille d'entretien a été préalablement élaborée. Celle-ci, réalisée en accord avec la cheffe de projet du SPAS, comportait globalement les thématiques suivantes :

- Perception et compréhension du projet
- Collaborations avec les professionnels (médecin référent, assistants sociaux)
- Relation avec le patient bénéficiaire du RI
- Satisfaction globale
- Perspectives pour la suite

Déroulement des entretiens

Les entretiens, réalisés par téléphone, ont duré environ 30 minutes. Ils ont eu lieu en janvier-février 2015. Ils ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une synthèse.

2.2.3 Assistants sociaux

Le mandat prévoyait de mener 2 focus groups avec les assistants sociaux. Il a par la suite été décidé de réaliser un focus group avec chacune des régions impliquées dans le projet. 4 focus groups ont ainsi été réalisés avec les assistants sociaux des CSR suivants :

- CSR Prilly-Echallens
- CSR JUNOVA
- CSR Est lausannois-Oron-Lavaux
- CSR Morges-Aubonne-Cossonay

Les focus groups, qui ont duré environ 2 heures, ont eu lieu en janvier – février 2015. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants. Une synthèse de chaque focus group a ensuite été réalisée.

2.2.4 Bénéficiaires

Personnes interrogées

L'IUMSP a reçu une liste des bénéficiaires concernés par le projet REVIAC. Pour le choix des bénéficiaires, et en vue d'obtenir un échantillon raisonné, les critères suivants ont été retenus : le sexe, l'âge, la raison de la demande et le type de suivi. Pour réduire le risque de non présence à l'entretien, les bénéficiaires qui ne se sont pas présentés à la consultation de la PMU n'ont pas été retenus.

Pour l'organisation des entretiens, les AS ont contacté les bénéficiaires, leur ont présenté l'évaluation et demandé leur accord à participer à l'entretien. Lorsque c'était possible, le rendez-vous a été fixé directement par l'AS au téléphone. Si tel n'était pas le cas, l'IUMSP a contacté le bénéficiaire, dans un 2^{ème} temps, pour fixer la date de l'entretien.

Le mandat prévoyait de réaliser 10-15 entretiens avec les bénéficiaires. Sur 18 bénéficiaires contactés, 11 entretiens ont pu être réalisés. Lorsqu'il n'était pas possible de mener un entretien avec un bénéficiaire (raisons : refus du bénéficiaire, refus de l'AS en raison de la situation de santé du bénéficiaire, bénéficiaire ne faisant plus partie du CSR et résident désormais à l'étranger), les AS proposaient, dans la mesure de leurs possibilités, d'autres personnes à contacter. Celles-ci étaient souvent plus âgées que celles initialement sélectionnées. Le tableau suivant présente brièvement l'échantillon obtenu.

Tableau 3 Description de l'échantillon de bénéficiaires interrogés

	Echantillon (n)
Sexe	
Hommes	6
Femmes	5
Age	
18-25 ans	1
26-40 ans	2
40 ans et plus	8
Raison de la demande	
Clarification	2
Clarification et absence de suivi	1
Clarification et certificat récurrent	6
Certificat récurrent	2
Type de suivi	
Somatique	6
Psychiatrique	1
Somatique et psychiatrique	4
Nombre de bénéficiaires interrogés	11

Thèmes abordés

Une grille d'entretien a été préalablement élaborée. Celle-ci, réalisée en accord avec le cheffe de projet du SPAS, comportait globalement les thématiques suivantes :

- Perception et compréhension du projet
- Expérience du bénéficiaire (informations reçues, déroulement de la consultation, etc.)
- Satisfaction globale

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face à face. Ils ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une synthèse. Ils ont eu lieu en janvier et février 2015, et se sont déroulés le plus souvent dans les locaux des CSR.

3

Analyse des données de monitorage (approche quantitative)

3 Analyse des données de monitoring (approche quantitative)

Dans ce chapitre, nous analysons les données de monitoring du programme REVIAC qui nous ont été transmises par la PMU et le DSAS. Les données portent sur la période allant de janvier 2013 à décembre 2014. Le nombre total de bénéficiaires durant cette période est de 103. L'analyse porte tout d'abord sur les variables sociodémographiques des bénéficiaires, soit l'âge, le sexe, la situation familiale des bénéficiaires, leur nationalité et la langue parlée. Nous nous sommes également intéressés aux données relatives à la procédure REVIAC, telles que le nombre de demandes, les raisons évoquées pour ces dernières, l'évolution du temps écoulé entre la demande de consultation REVIAC et sa réalisation, ainsi que l'évolution du nombre de jours entre la consultation REVIAC et celle auprès de l'AS qui y fait suite, l'évolution du taux de rendez-vous manqués à la consultation REVIAC, le type de suivi médical des bénéficiaires avant la consultation REVIAC, le type de suivi médical jugé nécessaire suite à cette dernière, le nombre de personnes à qui une activité pouvait être exigée suite à la consultation REVIAC, le nombre de demandes d'AI conseillées à l'issue de la consultation REVIAC, le nombre de modifications du certificat médical et le nombre d'individus qui ont été orientés vers une mesure d'insertion (MIS) après la visite auprès du médecin référent. Notons que la procédure de 5 bénéficiaires enregistrés dans la base de données avait été initiée au moment où la base de données nous a été remise, mais que le rendez-vous avec le médecin référent n'avait pas encore eu lieu, si bien qu'ils ne figurent pas dans l'analyse des variables portant sur la consultation REVIAC en tant que telle et ses suites. Enfin, certaines personnes (20 au total) ne se sont pas rendues à la consultation REVIAC. Elles ont néanmoins été intégrées dans les analyses, dans la mesure où un bilan partiel de leur situation a pu être établi par le médecin référent pour une partie d'entre elles, malgré leur absence.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires

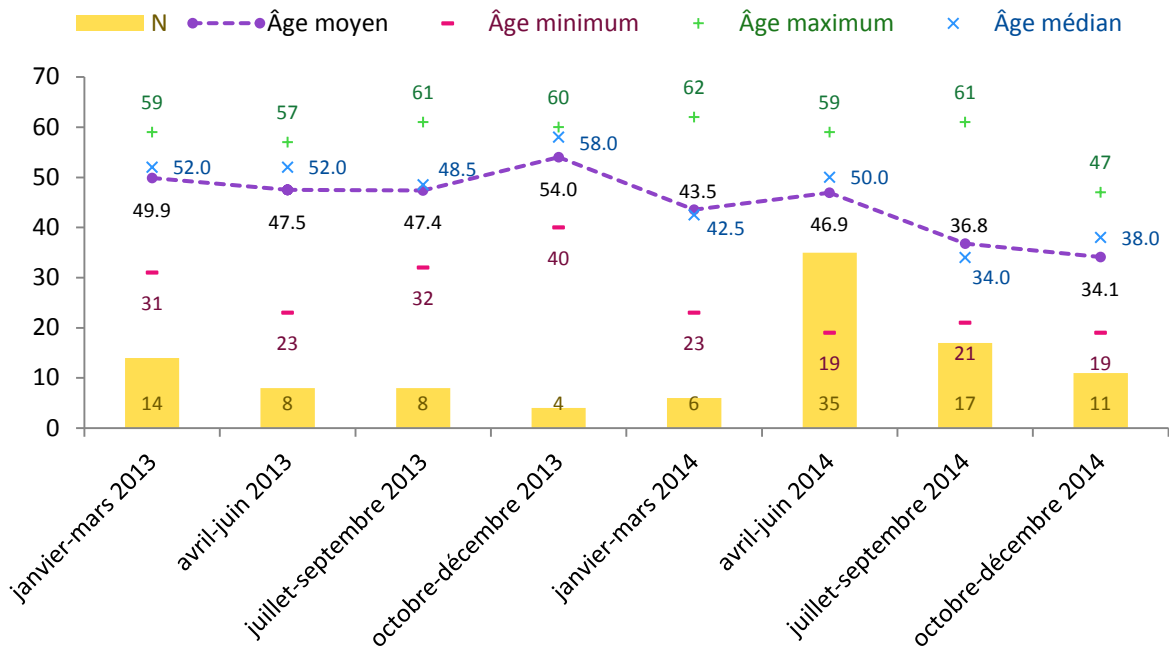
Âge des bénéficiaires

L'âge moyen des bénéficiaires durant la période allant de janvier 2013 à décembre 2014 est de 44 ans, le plus jeune étant âgé de 19 ans et le plus âgé de 62 ans. On constate par ailleurs que l'âge des bénéficiaires baisse durant cette période (Figure 1). Une analyse de corrélation entre les trimestres et l'âge des bénéficiaires montre que cette baisse est significative ($r=-.343$, $p<.001$), alors même que l'âge moyen de la totalité des requérants RI^c âgés de plus de 18 ans des quatre CSR concernés n'a pas évolué durant cette période, avoisinant les 39 ans entre janvier 2013 et

^c Par « requérants RI », nous entendons les personnes qui, au sein d'un ménage, ont fait la demande de RI. Elles sont en effet à distinguer du reste des « bénéficiaires RI », qui regroupent l'ensemble des personnes du ménage (conjoint/concubin et enfants du requérant).

octobre 2014^d. Cela indique que le changement de stratégie décidé, consistant à se centrer sur des populations plus jeunes, a bien été mis en application.

Figure 1 Âge moyen, médian, minimum et maximum des bénéficiaires par trimestre, période janvier 2013-décembre 2014 (n=103)



Sexe des bénéficiaires

Sur les 103 bénéficiaires, 63 sont des hommes, soit 61% du total. Trente-cinq sont des femmes (34%) et le sexe de 6 personnes n'était pas indiqué (6% du total). Notons également que la répartition hommes-femmes par centre n'est pas significativement différente d'un CSR à l'autre. À titre de comparaison, la proportion hommes-femmes de l'ensemble des requérants RI des 4 CSR concernés par REVIAC en 2014 est de 54% d'hommes contre 46% de femmes. La proportion d'hommes bénéficiant du programme REVIAC est donc légèrement supérieure à celle de l'ensemble des hommes au RI dans les 4 CSR concernés.

Situation familiale des bénéficiaires

La moitié des bénéficiaires REVIAC (51 cas, 50%) sont célibataires. Vingt-deux personnes sont divorcées (21%), 17 sont mariées (17%), 7 sont séparés (7%) et une personne est veuve. Cette donnée n'a pas été récoltée auprès de 5 bénéficiaires.

^d Source : Données fournies par le service des statistiques du DSAS.

Enfants

Parmi les femmes bénéficiant de REVIAC, 60% ont des enfants (soit 21 personnes), 34% n'en ont pas (12 personnes) et l'information n'a pas été récoltée auprès de 2 d'entre elles. Trente-quatre pourcent des hommes (21 personnes) ont des enfants, contre 58% (36 personnes) qui n'en ont pas. Chez 5 hommes, cette donnée est manquante.

Nationalité des bénéficiaires

Les bénéficiaires sont 60% à être de nationalité suisse, soit 62 personnes. Trente pourcent d'entre eux viennent de pays d'Europe continentale, et 5% proviennent de pays africains. Trois pourcent sont d'origine asiatique et 2% proviennent de pays du continent indien.

Langue parlée par les bénéficiaires

La plupart des bénéficiaires (93 cas, soit 90%) parlent le français, contre 10 personnes parlant une langue étrangère. A l'exception d'une personne parlant le portugais brésilien, ces dernières ont eu besoin d'un traducteur.

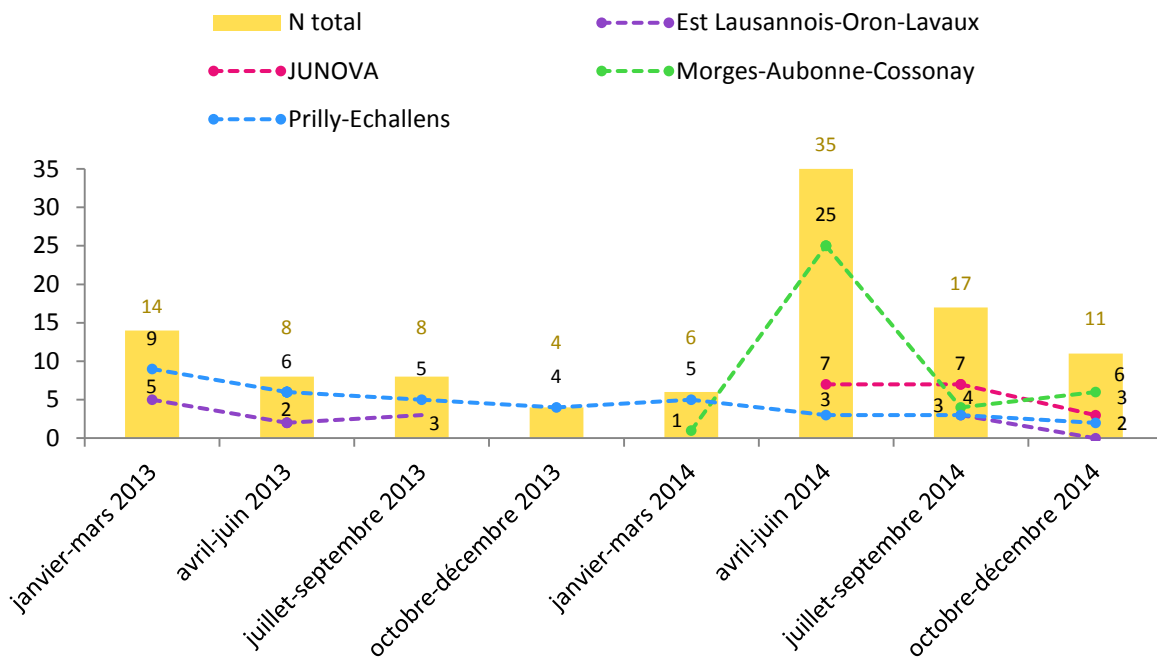
3.2 Procédure REVIAC

Evolution du nombre de demandes

Au total, 103 demandes de consultations REVIAC ont été effectuées entre janvier 2013 et décembre 2014 (Figure 2). Trente-quatre demandes ont été effectuées en 2013, contre 68 en 2014.

Le pic du nombre de demandes entre mai et juillet 2014 est lié au démarrage du programme REVIAC dans les CSR JUNOVA et Morges en mars 2014. La répartition des demandes par région est la suivante : trente-sept demandes (soit 36% du total des demandes) proviennent du CSR de la région Prilly-Echallens, contre 36 demandes (soit 35%) provenant de la région Morges-Aubonne-Cossonay. Dix-sept demandes (16%) proviennent de la région JUNOVA, contre 13 demandes (13%) en provenance de l'Est Lausannois-Oron-Lavaux.

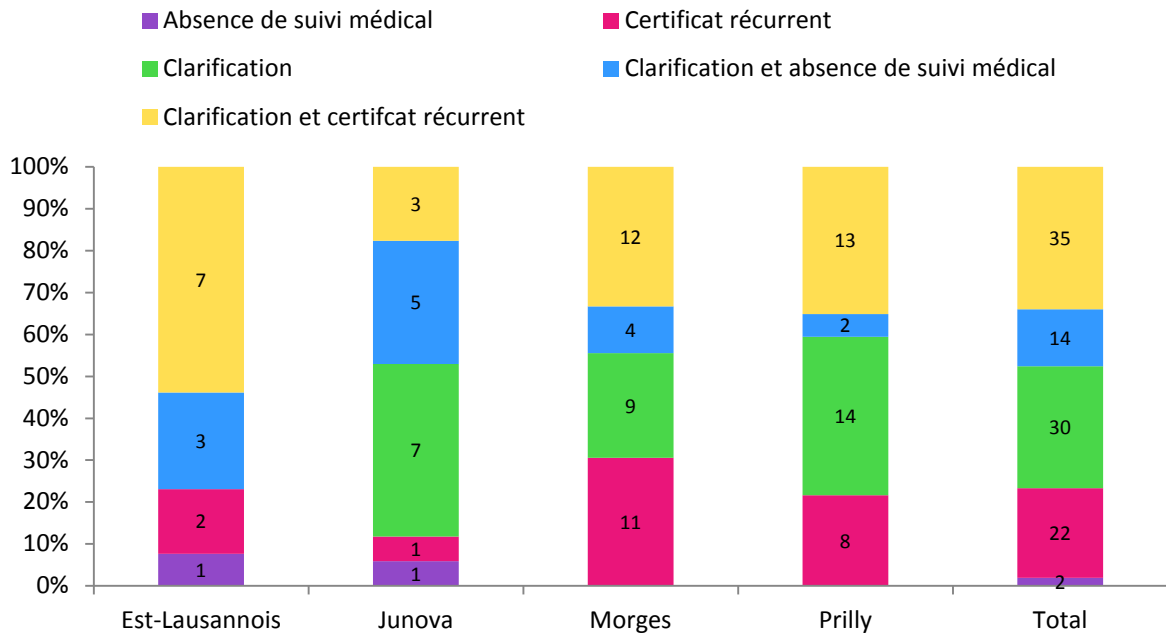
Figure 2 Evolution du nombre de demandes de consultation REVIAC, totales et par CSR, période janvier 2013 - décembre 2014 (n=103)



Les 68 demandes de 2014 représentent 1.6% du nombre total des bénéficiaires directs (personnes requérantes) cette même année dans les 4 CSR concernés (4'239 personnes). Les proportions de demandes en 2014 par rapport au nombre total de requérants dans chaque CSR durant la même année sont les suivantes : Pour le CSR Est-Lausannois, 3 demandes ont été faites sur 593 requérants, soit 0.5%. Le CSR JUNOVA compte 17 demandes pour 1'941 requérants, soit 0.9%. A Morges, 35 demandes pour 838 requérants, soit 4.2%. Enfin, Prilly compte 13 demandes pour 866 requérants, soit 1.5%.

Raison de la demande

La raison la plus souvent évoquée est la clarification de la situation du bénéficiaire et la récurrence de certificats médicaux (35 cas, soit 34% du total). Il s'agit par ailleurs de la raison la plus souvent évoquée dans le CSR est-lausannois (54% des demandes provenant de ce centre, Figure 3). La deuxième raison la plus souvent évoquée est la simple demande de clarification de la situation du bénéficiaire (30 cas, soit 29% du total). C'est la raison la plus souvent déclarée dans le CSR JUNOVA (41% des demandes de ce CSR). La seule récurrence de certificats médicaux est la raison évoquée pour 22 bénéficiaires au total (21% du total). C'est essentiellement à Morges (31% des demandes provenant de ce CSR) et à Prilly (22% des demandes provenant de ce CSR) que cette raison est évoquée. La clarification de la situation et l'absence d'un suivi médical concernent 14 bénéficiaires au total, provenant pour la plupart du CSR JUNOVA (29% des demandes provenant de ce CSR). Enfin, l'absence de suivi médical est la raison évoquée pour deux situations, provenant respectivement de l'Est-Lausannois et de JUNOVA.

Figure 3 Raisons des demandes REVIAC par CSR (n=103)**Nombre de jours entre la demande de consultation et le déroulement de la consultation**

Nous nous sommes intéressés au délai entre la demande de consultation REVIAC et le jour de son déroulement. En plus des rendez-vous manqués et les non convocations liées à la nouvelle procédure introduite en juillet 2014, les données de plusieurs bénéficiaires ne figurent pas dans les résultats de cette analyse. Les dates saisies incohérentes (par exemple date du déroulement de la consultation antérieure à la date de demande de consultation) ou peu crédibles (un délai supérieur à 120 jours) ont été supprimées de l'analyse. Par ailleurs, la consultation REVIAC n'avait pas encore eu lieu pour 5 personnes au moment où la base de données nous avait été remise. Sur la base de ces critères, seules 59 observations (57% du total) demeurent valides, imposant quelques précautions quant à l'interprétation des résultats de nos analyses. Celles-ci (Tableau 4) montrent néanmoins que le délai d'attente moyen et médian avoisine les deux mois, avec un délai maximum de 4 mois et un minimum d'une semaine.

Tableau 4 Nombre moyen, médian, minimum et maximum entre la demande de consultation et le déroulement de celle-ci, par CSR et total

	Jan. – juin 2013 (N=7)	Juill. – déc. 2013 (N=12)	Jan. – juin 2014 (N=22)	Juill. – déc. 2014 (N=18)	Total (N=59)
Nombre moyen de jours d'attente	86	56	50	71	62
Médiane	74	59	44	68	64
Minimum	67	20	8	37	8
Maximum	112	78	119	110	119

Rendez-vous manqués à la consultation REVIAC

Nonante-huit consultations REVIAC avaient du avoir lieu lorsque la base de données nous a été remise. Sur les 98 personnes convoquées, 20 ne se sont pas rendues à la consultation REVIAC (soit 20% du total). Quatre personnes n'ont pas été convoquées. Le plus fort taux de rendez-vous manqués a été enregistré pour les demandes effectuées durant le premier trimestre 2013 (Tableau 5) : 5 personnes sur 14 ne se sont pas rendues au rendez-vous. Notons enfin que durant les trimestres où le nombre de demandes est le plus élevé (soit les trois derniers trimestres de l'année 2014), le taux de rendez-vous manqués oscille entre 12 et 26%.

Tableau 5 Rendez-vous manqués à la consultation REVIAC par trimestre de la demande (janvier 2013 – décembre 2014)

	jan-mars 2013		Avril-juin 2013		Juill-sept 2013		Oct-déc 2013		Jan-mars 2014		Avril-juin 2014		Juill-sept 2014		Oct-déc 2014		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Absents	5	36	-	-	-	-	-	-	2	33	9	26	2	12	2	25	20	20
Présents ou pas convoqués	9	64	8	100	8	100	4	100	4	67	25	74	14	88	6	75	78	80
Total	14	-	8	-	8	-	4	-	6	-	34	-	16	-	8	-	98	-

Nombre de jours entre la consultation REVIAC et la consultation AS qui suit

En appliquant les mêmes critères que pour le délai entre la demande de consultation REVIAC et son déroulement, le nombre d'observations où un calcul du délai entre la consultation REVIAC et la consultation auprès de l'AS a été possible est de 32 (31% du total). Le nombre d'observations où ce calcul n'a pas été possible est donc de 71. Parmi celles-ci, 7 ne comportaient pas de date de rendez-vous en raison du fait que le dossier a été signalé par l'AS comme « fermé ». Pour 8 autres personnes, la procédure REVIAC a été signalée par l'AS comme « en suspens ».

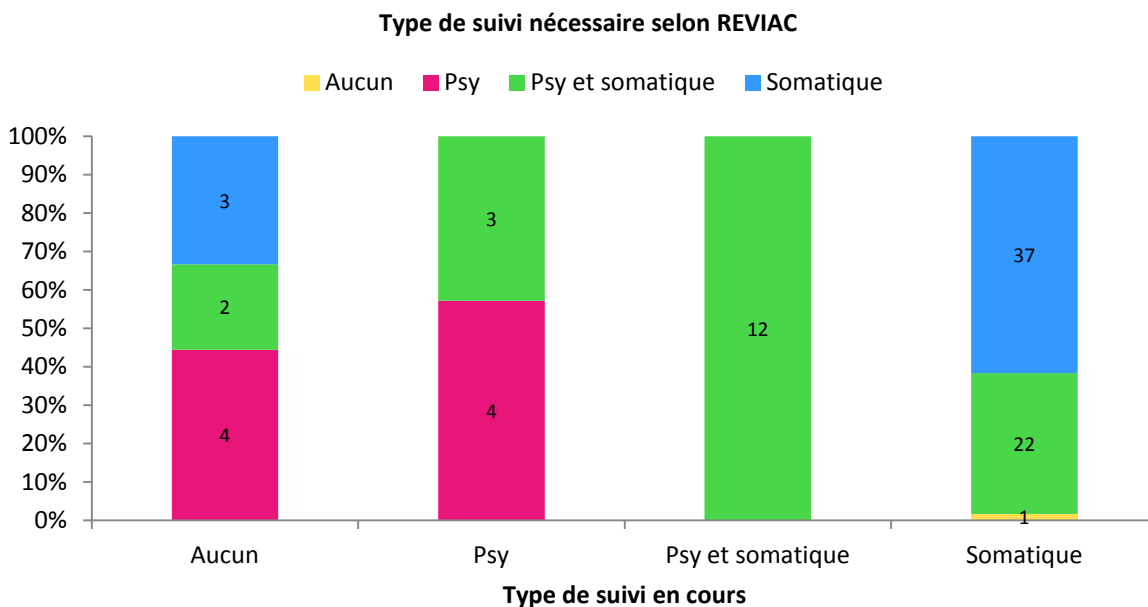
Le délai moyen observé est de 33 jours, la médiane se situant quant à elle à 35 jours, avec un délai minimum de 2 jours et un maximum de 85 jours.

Type de suivi médical des bénéficiaires

La Figure 4 présente le type de suivi médical jugé nécessaire suite à la consultation REVIAC, en fonction du type de suivi qui était en cours avant la consultation. Notons tout d'abord que 10 situations sur 98 (soit 10%) ne figurent pas dans ce graphique : aucune recommandation quant au type de suivi nécessaire n'a pu être établie par le médecin référent en raison de l'absence de ces personnes au rendez-vous. Notons enfin qu'un bilan du type de suivi médical actuel et nécessaire a tout de même été établi pour 10 personnes alors qu'elles n'étaient pas présentes au rendez-vous. Les pourcentages sont donc calculés sur un total de 88 bénéficiaires.

Les données montrent tout d'abord que la majeure partie des bénéficiaires REVIAC (60 personnes, soit 68% des 88) étaient suivis somatiquement avant la consultation REVIAC. Douze personnes (soit 14%) étaient suivies à la fois somatiquement et sur le plan « psy »^e, 7 personnes (8%) étaient suivies uniquement sur le plan psy et 9 individus n'avaient aucun suivi (10%). Notons également que pour la totalité des suivis à la fois psy et somatiques (12 personnes) en cours, le même type de suivi a été jugé nécessaire suite à la consultation REVIAC. Pour les 9 personnes ne bénéficiant d'aucun suivi médical avant la consultation, un suivi a été jugé nécessaire : psy pour 4 d'entre eux, somatique pour 3, psy et somatique pour 2 personnes. Pour 53 suivis, (soit 60%) le type de suivi en cours était identique à celui jugé nécessaire par REVIAC. Pour 34 personnes (39%), le suivi initial a été complété par un suivi supplémentaire, qu'il soit psy ou somatique. Enfin, aucun suivi n'a été jugé nécessaire pour une seule personne, qui était suivie somatiquement jusque là.

Figure 4 Type de suivi en cours par type de suivi nécessaire selon consultation REVIAC (n=88)



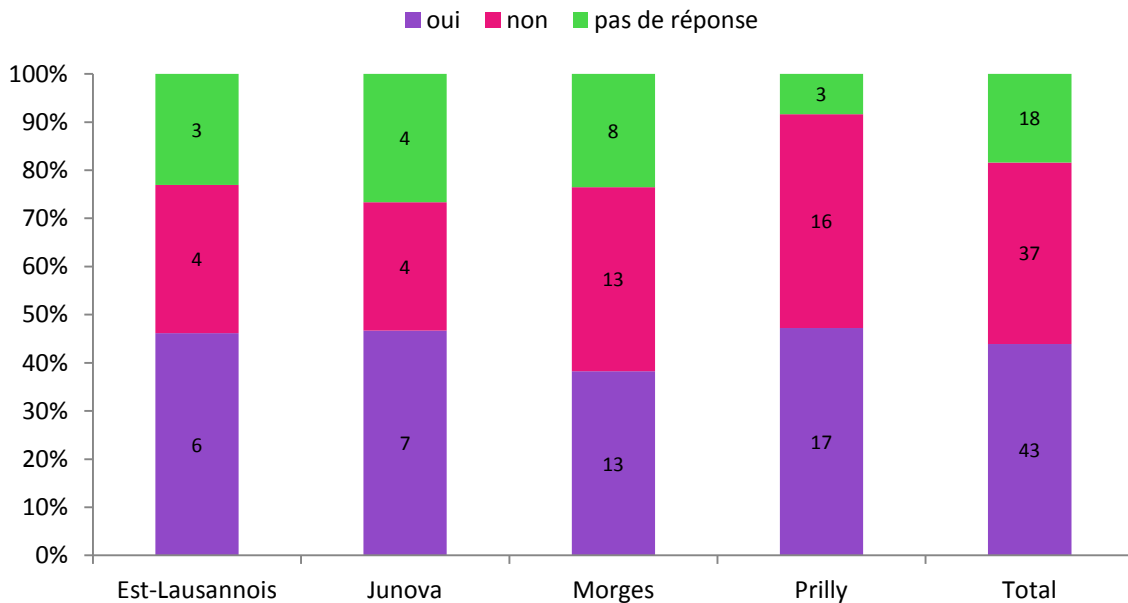
Exigence d'une activité

A l'issue de la consultation REVIAC, le médecin référent a estimé qu'une activité pouvait être exigée pour 43 personnes sur 98 (Figure 5), soit 43% des bénéficiaires. Pour 37 personnes (38%), ce n'était pas le cas. Enfin, pour 18 individus (18%), aucune réponse n'a été fournie en raison de leur absence au rendez-vous REVIAC.

^e La base de données fait référence à un suivi « psy », sans préciser s'il s'agit d'un suivi psychiatrique ou psychologique. Ces deux types de suivi sont en effet regroupés dans cette même catégorie.

La plus forte proportion de personnes dont une activité peut être exigée provenait des CSR de l'Est-Lausannois et de Prilly : il s'agit en effet de 47% des bénéficiaires provenant de ces centres. A l'inverse, la plus faible proportion de personnes dont une activité pouvait être exigée provenaient de Morges (38%).

Figure 5 « Une activité peut-elle être exigée selon REVIAC », par CSR (n=98)



Demande d'AI conseillée

Sur les 98 personnes qui se sont rendues (ou auraient dû se rendre) à la consultation REVIAC, les données indiquent qu'il aurait été conseillé à 25 d'entre elles (25%) par le médecin référent de faire une demande d'AI. Il s'agirait de 11 personnes exigeant, selon REVIAC, un suivi exclusivement somatique, de 10 personnes nécessitant un suivi psy et somatique et de 4 personnes demandant un suivi exclusivement psy. Pour 49 personnes, une demande d'AI n'aurait pas été conseillée. Sept personnes auraient une demande d'AI en cours, et aucune donnée concernant cette variable n'a été enregistrée chez 16 personnes en raison de leur absence au rendez-vous REVIAC. Enfin, une personne a été enregistrée comme étant déjà à l'AI lors de la consultation REVIAC. Notons enfin que pour les 25 personnes dont une demande AI aurait été conseillée, une telle demande aurait effectivement été faite par la suite. Ces chiffres sont toutefois à relativiser, dans la mesure où selon le médecin référent, une demande d'AI n'aurait en réalité été conseillée qu'à 2 ou 3 personnes, les autres ayant déjà une demande AI en cours au moment de la consultation.

Modifications de certificats médicaux

Pour 38 personnes sur les 98 qui se sont rendues (ou auraient du se rendre) à la consultation REVIAC (39%), l'information quant à une éventuelle modification du certificat médical suite à la consultation REVIAC n'a pas été indiquée. Dix d'entre elles avaient déjà été signalées comme absentes à la consultation REVIAC. Pour 39 personnes (soit 65% des réponses valides), le certificat médical a été maintenu à l'identique. Vingt bénéficiaires (soit 33% des réponses valides) n'avaient pas de certificat médical au moment de la consultation REVIAC. Pour deux personnes (3% des réponses valides), le certificat médical a été maintenu, mais le taux d'incapacité du bénéficiaire a été diminué. Enfin, une personne a vu son certificat médical supprimé.

Orientation du bénéficiaire vers une MIS suite à la consultation REVIAC

Cette information n'a pas été récoltée auprès de 21 bénéficiaires sur les 98 qui se sont rendus (ou auraient du se rendre) à la consultation REVIAC, soit 21% de non réponse. Huit d'entre eux ne s'étaient pas présentés à la consultation REVIAC et une personne n'avait pas été convoquée à cette dernière. Soixante et un bénéficiaires (soit 79% des 77 bénéficiaire pour qui une info concernant cette variable a été récoltée) n'ont pas été orientés vers une MIS suite à la consultation REVIAC, contre 16 personnes (21%) qui l'ont été.

Données non exploitables

Certaines variables de résultats suite à la consultation REVIAC n'ont pas pu être analysées. Il s'agit pour la plupart de variables contenant des données qualitatives. La variable « proposition de suite » par exemple, recense les suites à donner à la consultation REVIAC. La nature et le nombre de réponses possibles à cette variable n'ayant pas été préétabli, cette dernière contient, pour chaque bénéficiaire, un texte différent qu'il n'est par conséquent pas possible de traiter statistiquement.

Pour d'autres variables, (par exemple « un suivi médical a-t-il été initié suite à la consultation ? »), le taux de non réponse est trop élevé (80% de non réponse pour cet exemple) pour permettre une analyse pertinente de leur contenu.

3.3 Synthèse

Profil sociodémographique des bénéficiaires REVIAC

L'âge moyen des bénéficiaires est en baisse. Il est en effet passé de 50 ans en janvier 2013 à 34 ans en décembre 2014, alors que l'âge moyen de l'ensemble des requérants RI des 4 CSR concernés par le programme REVIAC est resté stable à 39 ans durant toute cette période.

Ce sont surtout des hommes qui bénéficient du programme REVIAC : Ils constituent 61% de cette population, soit légèrement davantage que la proportion d'hommes de l'ensemble des requérants RI des CSR de l'Est-Lausanne, de JUNOVA, de Morges et de Prilly, qui est de 54%.

La moitié des bénéficiaires REVIAC sont célibataires. La moitié restante est divorcée, mariée ou séparée. Près de 41% des bénéficiaires REVIAC ont des enfants.

Soixante pourcent des bénéficiaires sont de nationalité suisse, contre moins d'un tiers provenant d'Europe, le reste provenant d'autres continents. Dix pourcent des bénéficiaires ne parlent pas le français et ont par conséquent besoin d'un traducteur lors de leurs consultations.

Procédure REVIAC

Le nombre total de personnes pour qui une demande de procédure REVIAC a été demandée entre janvier 2013 et décembre 2014 est de 103. Plus des ¾ des demandes REVIAC ont été faites en 2014. Cela est notamment dû à l'extension du programme aux CSR de Morges et de JUNOVA durant cette année.

Plus d'un tiers des demandes REVIAC sont motivées par un besoin de clarification de la situation du bénéficiaire et une récurrence de certificats médicaux. La deuxième raison la plus souvent évoquée est le besoin de clarification de la situation du bénéficiaire, sans qu'il n'y ait une récurrence de certificats médicaux. Un cinquième des demandes sont motivées par une récurrence de certificats médicaux.

Le délai d'attente moyen et médian entre la demande de consultation REVIAC et son déroulement avoisinent les deux mois, avec un délai maximum de 4 mois et un minimum d'une semaine. Pour ce qui concerne le délai entre la consultation REVIAC et la consultation avec l'AS qui y fait suite, l'attente moyenne est d'un peu plus d'un mois, avec un délai minimum de 2 jours et un maximum de près de 3 mois.

Le taux de rendez-vous manqués à la consultation REVIAC est de 20%.

Les conclusions de la consultation REVIAC quant au type de suivi le mieux indiqué pour les bénéficiaires correspondent au suivi médical déjà en place avant la consultation REVIAC pour 60% des bénéficiaires. Pour 39% des bénéficiaires, le suivi médical initial a été complété par un suivi complémentaire (psy et/ou somatique) suite à la consultation REVIAC. Une seule personne a vu son suivi initial, d'ordre somatique, annulé par la consultation REVIAC.

Suite à la consultation REVIAC, il a été estimé possible d'exiger une activité pour 43% des bénéficiaires. Il a été conseillé à un bénéficiaire sur 4 de faire une demande d'AI. Pour la plupart des bénéficiaires (61 personnes), l'orientation vers une MIS n'a pas été jugée possible. A l'inverse, seize personnes ont pu être orientées vers de telles mesures.

Certaines données ne peuvent pas être traitées statistiquement, soit en raison du taux important de non réponses, soit parce qu'elles contiennent des informations qualitatives, non standardisées.

4

Perceptions des parties prenantes (approche qualitative)

4 Perceptions des parties prenantes (approche qualitative)

Les informations figurant dans ce chapitre ont été recueillies à travers des entretiens (individuels et collectifs) auprès des acteurs stratégiques, des médecins traitants, des assistants sociaux et des bénéficiaires. Elles concernent les points suivants : a) perceptions du projet, b) apports de la consultation, c) difficultés rencontrées et/ou critiques formulées à l'égard du projet REVIAC, d) relations de collaboration, e) perceptions liées à la procédure, f) propositions d'amélioration.

4.1 Perceptions du projet

4.1.1 Perceptions des acteurs stratégiques

Tous les acteurs stratégiques interrogés rappellent que le projet REVIAC fait suite à une demande des Centres sociaux régionaux. La situation dans laquelle se trouvaient les CSR était la suivante : de nombreux bénéficiaires étaient au bénéfice de certificats d'incapacité de travail récurrents qui ne permettaient pas à l'assistant social (AS) de proposer des mesures d'insertion. Les CSR craignaient également qu'une proportion non négligeable de ces certificats médicaux soit des certificats de complaisance. Face à ces difficultés, les CSR se sont tournés vers le SPAS et ont demandé la mise en place d'un dispositif de médecin-conseil. Ce dispositif devait les aider à détecter les situations d'abus.

La réponse donnée par le SPAS a été la mise sur pied du projet REVIAC, avec notamment la création d'une consultation à la PMU réalisée par un médecin référent. Dans un premier temps, les CSR ont été déçus de la réponse qui leur a été donnée, car clairement l'approche proposée n'allait pas leur permettre de mieux détecter les situations d'abus. Aujourd'hui, si les CSR ne semblent pas avoir abandonné l'idée d'un médecin-conseil (qui aurait le pouvoir de détecter et de sanctionner les abus), ils ne souhaitent plus nécessairement que ce médecin-conseil fasse partie du projet REVIAC.

Les personnes interrogées voient en effet REVIAC comme un projet dont les buts premiers sont de favoriser les collaborations et de sensibiliser les médecins aux questions sociales liées au RI.

Dans ce sens REVIAC répond à un besoin, car les personnes interrogées rappellent que la situation dans laquelle se trouvent les parties prenantes se caractérise par les 2 éléments suivants :

- Les médecins traitants (MT) ont vraisemblablement peu de connaissances sur les prestations sociales, ainsi que de l'impact des certificats médicaux sur le processus d'insertion.
- Les contacts entre assistants sociaux et médecins traitants sont encore peu fréquents.

Si le projet REVIAC, tel qu'il est conçu, n'est pas une réponse à la demande exprimée des CSR (demande de médecin conseil en vue de détecter des situations d'abus), il répond à d'autres besoins (amélioration de la collaboration entre AS et MT et familiarisation des MT aux questions sociales liées au RI).

L'approche « collaborante » et non « sanctionnante » de REVIAC est aujourd'hui perçue comme positive et valorisée par la plupart des personnes interrogées. Elle semble également peu compatible avec la notion de contrôle. Celui-ci devrait s'effectuer, pour certains, dans un autre cadre que REVIAC, afin de préserver l'image de soutien véhiculé par ce projet.

4.1.2 Perceptions des médecins traitants

Les médecins traitants interrogés n'ont eu le plus souvent qu'un seul patient qui a suivi le projet REVIAC. Ils ont tous de la peine à se souvenir spontanément du projet et leur définition reste vague. Un médecin indique ne pas se souvenir du tout du projet ni d'avoir eu des contacts avec le médecin référent.

Une fois le projet précisé, les médecins traitants définissent REVIAC comme une mesure visant à réévaluer l'état de santé des personnes qui sont au bénéfice du RI dans le but d'évaluer leur capacité de travail et/ou leur potentiel de réinsertion. Un médecin se souvient qu'il s'agit d'une évaluation médicale, mais avoue ne pas en connaître le but.

Quelques médecins relèvent que les bénéficiaires du RI ont souvent une problématique psychique en plus de leurs problèmes somatiques.

A la question de savoir quelles sont les situations adaptées à REVIAC, un médecin souligne que REVIAC convient particulièrement aux personnes qui n'ont pas de suivi médical et pour lesquelles le service social aimerait clarifier l'état de santé. Un autre estime que ce projet s'adresse en priorité aux jeunes. REVIAC serait moins utile pour les personnes plus âgées depuis longtemps au RI.

Les médecins traitants émettent globalement des réserves sur le fait que REVIAC puisse déjouer des certificats médicaux de complaisance, même s'ils reconnaissent que de tels certificats puissent parfois exister. Il se peut par exemple qu'un médecin estime son patient techniquement apte à travailler, mais lui octroie un certificat d'incapacité de travail, sachant qu'il aura beaucoup de difficultés à retrouver un travail. Il arrive également que des médecins se laissent convaincre par des patients qui se disent incapables de travailler. Par ailleurs, un médecin dit ne pas apprécier que son avis puisse être remis en question.

Un autre médecin indique que son patient a perçu la consultation comme une menace : ce dernier pensait que s'il ne se rendait pas à la consultation, il ne bénéficierait plus du RI.

4.1.3 Perceptions des assistants sociaux

Il ressort des focus groups que les AS ont été pour la plupart très enthousiastes à l'égard du projet REVIAC dès le moment où celui-ci leur a été présenté. A leurs yeux, ce projet allait :

- Clarifier l'état de santé des bénéficiaires
- Permettre de mieux connaître leurs limitations fonctionnelles
- Proposer de nouvelles solutions/mesures pour les situations bloquées
- Faciliter la collaboration avec les médecins traitants
- Valider le fait qu'aucune nouvelle mesure ne peut être proposée dans certaines situations.

Quelques assistants sociaux ont perçu REVIAC comme un outil pour contrôler les médecins traitants sur la question notamment des certificats médicaux de longue durée. Un ou deux assistants sociaux se sont également demandé s'il s'agissait aussi pour le SPAS de contrôler leur propre travail.

Les situations adaptées à REVIAC sont, pour les AS, les situations sans suivi médical ou avec certificat médical de longue durée pour lesquelles il y a un doute (donc un besoin de clarifier l'état de santé du patient) ou un manque de communication/collaboration avec le médecin traitant.

Le changement de la procédure^f semble avoir apporté de la confusion au niveau des situations à orienter vers REVIAC. Les AS d'une région ont en effet compris que seules les personnes sans suivi médical pourraient dès lors bénéficier de la consultation à la PMU (voir 4.5). Dans cette perspective, il n'était donc plus opportun d'orienter les bénéficiaires suivis médicalement.

Aux yeux des AS, REVIAC s'adressait initialement aux personnes d'âge mûr (plus de 50 ans). Par la suite, les AS ont reçu une information leur indiquant que les personnes plus jeunes devaient également, voire davantage être orientées vers REVIAC. La plupart des AS ne ressentent cependant pas le besoin de proposer cette consultation aux jeunes, car ils ont le plus souvent d'autres mesures à leur proposer.

Si REVIAC a été perçu positivement par les AS, certains rappellent que le SPAS développe un nombre important de projets. Il n'est dès lors pas toujours évident pour les AS d'avoir tous les projets à l'esprit. REVIAC ne semble toutefois pas apparaître dans les premières mesures proposées.

Le plus souvent, les AS présentent aux bénéficiaires la consultation REVIAC comme une opportunité de faire le point sur leur situation de santé. Ils mentionnent que la plupart des bénéficiaires acceptent d'aller à cette consultation. Quelques-uns toutefois refusent. Il s'agit souvent de personnes sans suivi médical ou pour lesquelles il y a une suspicion d'un certificat médical de complaisance. Pour les AS, REVIAC n'est pas un bon outil pour évaluer l'existence de certificats médicaux de complaisance, étant donné que les bénéficiaires qui ont un tel certificat ne se rendent pas à cette consultation.

Certains AS ont parlé lors des focus groups d'un besoin d'avoir recours dans certaines situations à un médecin conseil qui puisse intervenir dans des situations de suspicion d'abus. Ils précisent toutefois que la mise en place d'un médecin conseil n'a pas nécessairement besoin de se faire dans le cadre du projet REVIAC.

^f Depuis juillet 2014, le médecin référent peut décider, sur la base des documents reçus, de ne pas convoquer le patient s'il estime que la consultation ne permettra pas d'envisager et/ou de proposer de nouvelles perspectives au patient.

4.1.4 Perceptions des bénéficiaires

Les bénéficiaires indiquent que c'est l'assistant social du CSR qui leur a parlé de la consultation. S'ils mentionnent pour la plupart qu'ils n'étaient pas techniquement obligés d'y aller, certains précisent toutefois qu'ils ne se sentaient pas libres de refuser, étant donné qu'ils bénéficient d'un soutien financier.

La plupart des bénéficiaires interrogés estiment que l'objectif de cette consultation est de faire un point de situation sur leur état de santé. Pour certains, cette consultation allait préciser dans quelle mesure ils étaient capables de travailler, pour d'autres, elle représentait un appui pour une demande AI en cours ou à initier. Cette consultation a donc été le plus souvent perçue comme une aide. Deux personnes se sont demandé si cette consultation signifiait que le CSR remettait en question leurs problèmes de santé. Ils ont néanmoins été rassurés pour l'un par l'assistant social, et pour l'autre par le médecin référent qui ont précisé que cette consultation ne présentait aucun risque pour eux.

En ce qui concerne la dénomination du projet, REVIAC n'est pas un terme qui a été retenu par les bénéficiaires. La plupart ne savent pas non plus ce que cette abréviation veut dire. L'AS l'a probablement mentionné lors de la présentation du projet, mais ils ne s'en souviennent plus. A noter que pour certains la consultation remonte à 2 ans.

4.2 Apports de la consultation

4.2.1 Perceptions des acteurs stratégiques

Pour les acteurs stratégiques, les apports de la consultation sont globalement les suivants :

- **Clarification de l'état de santé des bénéficiaires** : la consultation REVIAC permet de préciser l'état de santé des bénéficiaires, qu'ils aient ou non un médecin traitant. En cas d'absence de suivi médical, la consultation permet de faire un premier point de situation et de mettre en place un suivi si besoin. Dans les cas où le bénéficiaire est suivi par un médecin traitant, le médecin référent apporte un regard neuf dans des situations parfois complexes.
- **Sensibilisation des médecins traitants aux thématiques sociales liées au RI** : REVIAC permet de sensibiliser les médecins aux questions sociales liées au RI, grâce aux colloques organisés regroupant des assistants sociaux et des médecins traitants, ainsi qu'aux contacts directs entre le médecin référent et les médecins traitants. Les colloques sont perçus de manière très positive par les acteurs stratégiques.
- **Confirmation de la difficulté de trouver des solutions dans certaines situations** : dans les situations de personnes qui sont depuis longtemps au RI et pour lesquelles les AS peinent à trouver des solutions, la consultation REVIAC permet de conforter ces derniers dans les démarches qu'ils ont entreprises, et également de valider, vis-à-vis

de l'AS et du SPAS, qu'aucune autre mesure ne peut être proposée au bénéficiaire en l'état.

- **Meilleur échange d'informations entre professionnels** : si les contacts directs entre médecins traitants et assistants sociaux ne semblent pas s'être intensifiés suite à la consultation, les AS sont davantage informés de la situation médicale des bénéficiaires grâce au bilan réalisé par le médecin référent. Celui-ci, qui semble avoir un contact plus facile avec les MT du fait de sa formation médicale, fait en quelque sorte le lien entre les assistants sociaux et les médecins traitants. Pour certaines personnes interrogées, l'amélioration de la communication entre les professionnels réduit les possibilités du bénéficiaire de tenir un discours différent selon s'il est en présence de l'AS, du MR ou du MT.
- **Infirmerie de l'hypothèse selon laquelle de nombreuses personnes sont au bénéfice d'un certificat médical de complaisance** : la consultation REVIAC a peu ou pas révélé de situations de certificats médicaux abusifs. Pour certains, c'est la preuve que les CM de complaisance sont peu fréquents. Pour d'autres, aucune conclusion ne peut être tirée, dans la mesure où les personnes qui sont au bénéfice d'un tel certificat médical ne se sont vraisemblablement pas rendues à la consultation REVIAC.

4.2.2 Perceptions des médecins traitants

Pour les médecins traitants, la consultation a eu divers apports :

- **Nouvel éclairage** : le médecin référent dispose d'un œil nouveau ce qui lui permet d'avoir une évaluation plus neutre de la situation. Certains médecins traitants ont, par ailleurs, fait appel à d'autres tiers notamment l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST).
- **Confirmation du diagnostic** : les médecins traitants sont parfois un peu « submergés » par la situation de leur patient et si le diagnostic du médecin référent est le même que le leur, cela les rassure. Cela permet également de valider, dans certains cas, le fait que la situation de santé des bénéficiaires évolue peu.
- **Regard spécialisé** : le médecin référent a une meilleure connaissance que les médecins traitants des différentes mesures de réinsertion qui existent. Les médecins traitants pensent qu'il sera peut-être plus apte à juger quelle mesure de réinsertion convient le mieux aux patients.
- **Sentiment d'intérêt pour le bénéficiaire** : selon les médecins traitants, l'apport principal de cette consultation pour les bénéficiaires du RI est l'écoute. Les bénéficiaires sont contents qu'on s'intéresse à leur situation et que des mesures soient prises pour la faire évoluer.
- **Nouvel élan** : la consultation a également permis aux bénéficiaires de profiter d'un nouvel élan pour entamer de nouvelles mesures ou mener à terme celles qui avaient

déjà été lancées. Selon un médecin traitant, la consultation a également permis à son patient d'accepter, du moins en partie, son diagnostic.

4.2.3 Perceptions des assistants sociaux

Les AS sont de prime abord assez critiques par rapport à REVIAC. A leurs yeux, peu de nouvelles mesures auraient été proposées (voir §4.3). Les focus groups ont toutefois permis de mettre en évidence des points positifs liés à la consultation. Ceux-ci sont globalement les suivants :

- **Outil supplémentaire** : REVIAC représente tout d'abord un outil supplémentaire à disposition des AS dans la palette des mesures possibles qu'ils peuvent proposer aux bénéficiaires.
- **Confirmation pour l'AS de l'adéquation des pistes proposées** : A de nombreuses reprises, les AS indiquent que le bilan réalisé par le médecin référent a permis de confirmer leur avis et les pistes qu'ils proposaient. Cette confirmation est source de réconfort et permet aux AS de partager la responsabilité d'une situation avec la PMU.
- **Regard neuf** : La consultation REVIAC représente un deuxième avis médical. Ce 2^{ème} avis, s'il est parfois utile pour les professionnels (AS ou médecin traitant), l'est également pour le bénéficiaire. Dans certains cas, cela a en effet permis au bénéficiaire de prendre conscience de certains éléments concernant sa situation de santé, même si ceux-ci avaient été formulés précédemment par l'AS (ex : la nécessité de commencer un suivi psychologique avant d'envisager une mesure d'insertion proprement dite).
- **Nouvel élan dans la relation AS - bénéficiaire** : Proposer la consultation REVIAC au bénéficiaire permet parfois à l'AS de reprendre certains éléments avec le bénéficiaire, que celui-ci se rende ou non à la consultation.
- **Meilleure information des AS** : grâce au bilan transmis par le médecin référent, l'AS est informé de la situation médicale du bénéficiaire. Ces informations sont parfois plus détaillées que celles provenant du médecin traitant.
- **Proposition de quelques nouvelles pistes** : même si la principale critique des AS concernant REVIAC est le manque de propositions concrètes pour débloquer certaines situations (voir §4.3), quelques exemples de situations ayant évolué positivement ont tout de même été donnés lors des focus groups: REVIAC a par exemple permis d'initier de nouvelles demandes AI, de mettre en place dans certains cas un suivi psychologique et de réduire le pourcentage d'incapacité de travail.

4.2.4 Perceptions des bénéficiaires

Une partie des bénéficiaires (une moitié environ) est positive à l'égard de la consultation REVIAC et estime que celle-ci leur a été utile. Les apports mentionnés lors des entretiens sont les suivants :

- La consultation permet de clarifier l'état de santé et de préciser dans quelle mesure le bénéficiaire est apte à travailler. Cette information est particulièrement utile pour l'assistant social, qui peut, selon plusieurs bénéficiaires, proposer une mesure adaptée à la situation de santé. Deux personnes précisent qu'un stage leur a été proposé suite à la consultation, une autre a été mise en lien avec l'ORP. A noter cependant que le stage effectué n'est pas nécessairement une expérience positive, puisque dans un cas, il a été vécu comme un échec, le bénéficiaire n'ayant pas réussi à le terminer et ayant reçu une évaluation négative.
- La consultation a permis, dans certains cas, d'initier une demande auprès de l'AI ou d'appuyer une demande en cours. Une personne précise qu'elle a reçu, lors de la consultation, beaucoup d'informations sur la procédure (formulaires à remplir, délais à respecter, etc.) et que ces informations lui ont été très utiles.
- Deux personnes mentionnent que la consultation REVIAC est à l'origine de la mise en place d'un suivi psychologique. Discuter avec le médecin référent semble avoir donné, dans ces deux cas, l'impulsion à l'AS ou au bénéficiaire de contacter un psychologue ou un psychiatre.
- La plupart des bénéficiaires mettent en évidence les qualités professionnelles et humaines du médecin référent et mentionnent que ce dernier a pris du temps pour les écouter, donner des explications et répondre à leurs questions. Cette qualité d'écoute a été très appréciée par les bénéficiaires.

4.3 Difficultés rencontrées et/ou critiques formulées à l'égard du projet REVIAC

4.3.1 Perceptions des acteurs stratégiques

Quelques difficultés ou critiques à l'égard du projet REVIAC ont été mentionnées au cours des entretiens avec les acteurs stratégiques. Celles-ci sont globalement les suivantes :

- **Clarification de l'état de santé parfois difficile à réaliser pour les situations relevant d'une problématique psychique** : il a été relevé à plusieurs reprises que les situations de personnes souffrant de troubles psychiques (psychiques uniquement ou psychiques et somatiques) constituent une part importante des consultations REVIAC. Ces situations présentent toutefois 2 types de difficultés : a) la clarification de l'état de santé se fait par un médecin qui n'est pas psychiatre ; b) une seule consultation peut être insuffisante pour clarifier la situation et donc poser un diagnostic. Le dispositif tel que proposé actuellement par le SPAS et la PMU (1 seule consultation par un médecin généraliste) n'est donc pas toujours considéré comme suffisant, et cela également par le MR lui-même.

- **Proportion importante de bénéficiaires âgés** : dans une première phase du projet, une part importante des personnes orientées vers REVIAC était des personnes relativement âgées qui étaient depuis longtemps à l'aide sociale. Trouver des solutions pour de telles situations n'est pas aisé, ni pour les AS ni pour le médecin référent de REVIAC. Une personne mentionne que cette difficulté dans la sélection des bénéficiaires a été discutée au sein du COPIL et dans les CSR, et semble avoir été aujourd'hui en grande partie corrigée. Davantage de jeunes sont aujourd'hui orientés vers REVIAC.
- **Proportion importante de rendez-vous manqués** : quelques personnes relèvent qu'au début du projet une proportion importante de bénéficiaires ne se présentait pas au rendez-vous. Deux éléments peuvent expliquer cette situation : a) la consultation REVIAC a connu à ses débuts quelques difficultés organisationnelles. Un processus de rappel des rendez-vous au bénéficiaire a par la suite été mis en place ; b) le lieu (plus ou moins) éloigné de la consultation peut également être un facteur démobilisateur pour le bénéficiaire. La proportion de rendez-vous manqués se serait actuellement réduite et semble poser aujourd'hui moins de difficultés.
- **Nombre encore modeste de consultations effectuées** : une personne interrogée s'étonne du nombre somme toute assez modeste de consultations effectuées durant la phase pilote, et estime que la mise en place du projet fut relativement lente.
- **Sensibilisation encore insuffisante des médecins traitants** : l'organisation des colloques de formation réunissant des assistants sociaux et des médecins traitants est perçue comme positive. La sensibilisation des médecins aux questions sociales liées au RI est considérée comme une valeur ajoutée du projet REVIAC. Quelques personnes estiment toutefois que le nombre de médecins touchés par ces colloques est encore limité. Elles souhaitent que ces efforts de formation se poursuivent.
- **Lieu unique de la consultation** : la question du lieu de la consultation a été abordée au cours des entretiens. Les acteurs stratégiques ne sont pas unanimes sur cette question. Pour certains, le lieu de la consultation (Lausanne) ne pose pas de difficultés particulières. Ces personnes estiment que la plupart des bénéficiaires sont en mesure de se déplacer. D'autres, en revanche, pensent que devoir se déplacer à Lausanne peut constituer un frein pour certains bénéficiaires.

4.3.2 Perceptions des médecins traitants

Les médecins traitants ont également identifiés quelques difficultés ou critiques liées à REVIAC. Les principales critiques sont les suivantes :

- **Manque d'apport de la consultation** : la consultation semble avoir peu d'influence sur la prise en charge du patient. Les médecins interrogés estiment le plus souvent que la situation de leur patient est restée la même.

- **Pression de réinsertion** : deux médecins psychiatres estiment qu'il n'est pas judicieux de proposer une mesure de réinsertion aux personnes souffrant de troubles psychiques importants. Deux raisons sont évoquées : a) la mise en place de la mesure d'insertion génère parfois beaucoup de pression sur le patient, ce qui peut influencer négativement son état de santé ; le fait même de parler de réinsertion est déjà souvent source d'angoisse pour le bénéficiaire qui ne se voit pas nécessairement retrouver du travail ; b) peu d'employeurs sont prêts à donner une chance à ce type de patients.
- **Tendance à l'évincement du médecin traitant** : les médecins traitants ne savent pas, en général, comment leur patient est arrivé à REVIAC. Lorsqu'ils apprennent que c'est une mesure qui peut être proposée directement par l'AS, ils se rejoignent pour dire qu'ils sont mal à l'aise par rapport au principe que quelqu'un d'autre lance une expertise médicale sans passer par eux. Ils considèrent que c'est à chaque médecin traitant d'évaluer s'il est capable tout seul de poser un diagnostic précis ou s'il a besoin d'un avis d'expert.
- **Incompréhension du projet par le patient et le médecin traitant** : les médecins traitants ne savent pas tous quel est le but de REVIAC. Les patients eux-mêmes, ne comprendraient pas toujours l'intérêt de REVIAC. Ces derniers se rendraient souvent à la consultation sans savoir ce qu'ils pourraient en retirer.
- **Peu d'amélioration de la compréhension des problématiques sociales liées au RI par les médecins traitants** : la majorité des médecins traitants interrogés ont suivi le processus d'une manière passive. Ils n'ont souvent pas beaucoup de connaissances sur les prestations sociales liées au RI, ni sur les mesures qui ont été proposées à leurs patients. A noter qu'un des médecins interrogés a participé à un colloque organisé par REVIAC. Ce dernier avait une idée plus claire du dispositif RI grâce à cette formation.

4.3.3 Perceptions des assistants sociaux

Comme indiqué précédemment, les AS sont assez critiques par rapport au projet REVIAC. Ils estiment les apports de ce projet peu importants ou en tout cas moins importants qu'ils s'y attendaient. Les principales critiques formulées sont les suivantes :

- **Peu de nouvelles mesures proposées** : les AS s'attendaient surtout à ce que cette consultation leur propose de nouvelles mesures auxquelles ils n'avaient pas pensé et estiment que ce n'est pas le cas pour la majorité des situations. Ils se disent déçus, mais reconnaissent toutefois que leurs attentes étaient vraisemblablement démesurées.
- **Mesures proposées parfois inadéquates** : plusieurs AS relèvent que le médecin référent propose parfois des mesures qui ne peuvent être mises en place par les AS, soit parce que la région dans laquelle se trouve le bénéficiaire n'y a pas accès (ex : RESSORT pas disponible à Morges), soit par manque de connaissance des contraintes

ou des possibilités de l'aide sociale (ex : activité proposée non disponible dans le catalogue des mesures d'insertion).

- **Manque d'un psychiatre** : l'absence d'un psychiatre dans le dispositif REVIAC pose pour les AS deux types de problèmes : a) Clarifier l'état de santé d'un bénéficiaire qui souffre de problèmes psychiques est difficile à effectuer pour un médecin non psychiatre, et ce d'autant plus qu'il doit le faire en une seule consultation (problème de diagnostic) ; b) les AS auraient besoin de davantage d'informations sur les limitations qu'impliquent certaines maladies psychiques sur le bénéficiaire et ses possibilités de réinsertion (manque d'informations sur les limitations du patient).
- **Aucune amélioration de la collaboration entre AS et MT** : grâce au bilan et selon les cas aux contacts téléphoniques avec le médecin référent, l'AS obtient des informations sur la situation médicale du patient qu'il n'avait pas nécessairement eues avant selon la relation qu'il entretient avec le médecin traitant. Le médecin référent représente ainsi un relais dans la transmission d'informations entre le médecin traitant et l'AS. Il ne permet cependant pas d'améliorer la relation de collaboration. Aucun AS n'indique au cours des focus groups que le projet REVIAC a permis d'intensifier les contacts avec les médecins traitants.
- **Incompréhension du projet par le bénéficiaire** : les AS ont parfois le sentiment que les bénéficiaires se rendent à cette consultation sans nécessairement comprendre le projet et les buts qu'il poursuit. Il arrive également que le bénéficiaire n'ait pas bien compris ce que le médecin référent lui a dit et l'AS doit ensuite reprendre ces éléments avec le bénéficiaire.

4.3.4 Perceptions des bénéficiaires

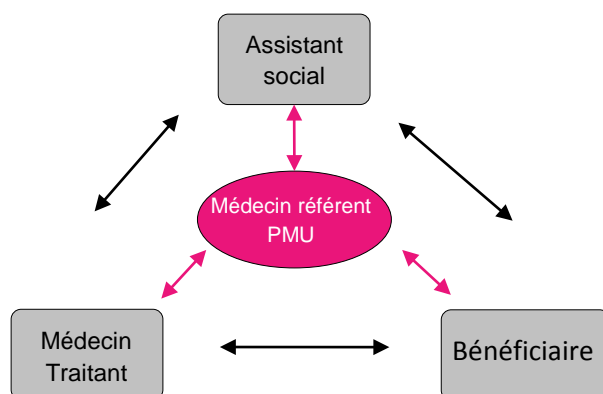
Une partie des bénéficiaires (environ la moitié) estiment que cette consultation ne leur a pas été particulièrement utile. Ils mentionnent qu'aucune mesure ne leur a été proposée suite à la consultation. Leur situation est donc restée la même.

Ces personnes n'expriment toutefois pas de déception par rapport à cette consultation, car aucune attente particulière n'avait été formulée. Cette consultation représentait simplement un contrôle de santé.

4.4 Relations de collaboration

La Figure 6 ci-dessous schématise les relations de collaboration entre les différentes parties prenantes. Les flèches rouges concernent les relations bilatérales entre le médecin référent et les autres parties prenantes ; les flèches noires concernent les relations bilatérales entre le médecin traitant, l'assistant social et le bénéficiaire. Il est rare que les parties prenantes se rencontrent toutes ensemble pour discuter d'une situation, que ce soit avant ou après la mise en place du projet REVIAC.

Figure 6 Relations de collaboration



4.4.1 Entre médecin référent et médecins traitants

Pour rappel, le médecin référent et les médecins traitants ont un contact avant et après la consultation. Les médecins traitants font en effet parvenir au MR le rapport médical du patient avant la consultation (questionnaire rempli par le médecin traitant, voir annexe 6.3) et reçoivent après la consultation le bilan de cette consultation (bilan du médecin référent, voir annexe 6.4). A ces contacts écrits s'ajoute parfois un contact oral selon les besoins de la situation.

Perceptions des acteurs stratégiques

La collaboration entre médecin référent et médecins traitants se passe actuellement très bien. La quasi-totalité des médecins traitants envoient le questionnaire demandé dans les temps. Les contacts oraux, quand ils ont lieu, sont constructifs. Au début du projet, il y avait toutefois un risque que les médecins traitants soient réticents à transmettre et échanger des informations au sujet de leurs patients avec une tierce personne. Ils pouvaient également craindre que la consultation REVIAC soit une manière de contrôler la prise en charge de leurs patients au bénéfice du RI. Or, les médecins traitants semblent plutôt satisfaits de pouvoir échanger avec un confrère sur des situations souvent complexes. Le professionnalisme, l'expérience et les capacités relationnelles du médecin référent, mis en avant par les acteurs stratégiques au cours des entretiens, ont permis de mettre en place de bonnes relations de collaboration avec les médecins traitants. Les contacts entre médecin référent et médecins traitants semblent plus faciles qu'entre médecins traitants et assistants sociaux, du fait de leur formation identique. Cela est toutefois regretté par quelques personnes interrogées.

Si les contacts sont faciles entre le médecin référent et les médecins traitants, ils le sont parfois moins avec les psychiatres. La formation, et donc les compétences médicales, n'étant pas les mêmes, il est plus difficile pour le MR de parler avec les psychiatres sur un pied d'égalité. Ceux-ci semblent d'ailleurs moins enclins à collaborer.

Perceptions des médecins traitants

Selon les médecins traitants, le médecin référent a bien su cibler l'état de santé des personnes qu'il a vues. Le médecin référent est considéré comme un allié qui a davantage accès que les médecins traitants à toutes les structures sociales et peut aider le médecin traitant à trouver des solutions pour le patient. Un médecin soulève tout de même qu'étant donné que le médecin référent voit le patient une seule fois, il n'a pas une vision globale de la situation. Son analyse n'est pas fautive, mais peut être lacunaire. Cela se vérifie surtout pour les situations liées à des troubles psychiques.

Pour l'ensemble des médecins traitants, le médecin référent a su garder son rôle de référent sans prendre un aspect « médecin conseil ». En effet, ils ne le considèrent pas comme un organe de contrôle de leur travail mais comme un collègue avec lequel ils ont pu collaborer. Selon les mots d'un médecin traitant, « être plusieurs à réfléchir nourrit la réflexion ».

Un médecin traitant soulève l'importance du secret médical. Il se sent parfois forcé de transmettre des informations qui relèvent du secret médical à des personnes qui n'ont pas de lien avec le milieu médical et il n'approuve pas ce procédé. Le médecin référent est donc un collaborateur avec lequel il peut être plus agréable de travailler.

Perceptions des assistants sociaux

Pour les AS, la relation médecin référent – médecin traitant est vraisemblablement plus facile que la relation médecin traitant – assistant social. Les assistants ont en effet souvent le sentiment que le médecin traitant partage davantage et plus aisément des informations médicales avec un autre médecin qu'avec un assistant social.

Cet échange d'informations entre médecin traitant et médecin référent est perçue comme positive par les assistants sociaux, car elle permet un retour sur la situation médicale des bénéficiaires.

Perceptions des bénéficiaires

Les bénéficiaires ont des avis partagés concernant l'existence d'une collaboration entre le médecin référent de REVIAC et leur médecin traitant. Certains pensent en effet que le médecin référent a des contacts avec le médecin traitant et évoquent le questionnaire rempli par le médecin traitant ou le bilan transmis à ce dernier suite à la consultation. D'autres disent ne pas savoir s'il existe un contact entre ces deux médecins. Aucun bénéficiaire n'affirme cependant qu'aucun contact n'existe.

Concernant le contenu des informations transmises, tous les bénéficiaires indiquent ne pas avoir reçu d'informations à ce sujet. Certains le regrettent.

4.4.2 Entre médecin référent et assistants sociaux

Perceptions acteurs stratégiques

Les contacts entre le MR et les AS se font essentiellement par écrit. Pour rappel, la procédure prévoit l'envoi du document d'annonce au médecin référent par les AS (voir annexe 6.2) et l'envoi du bilan par le MR aux AS suite à la consultation médicale. Le MR et les AS ont peu de contacts téléphoniques. Ceux-ci ne sont d'ailleurs pas toujours nécessaires.

Le bilan donne des informations médicales aux AS, qu'ils ne recevaient pas nécessairement de la part des MT avant la mise en place du dispositif REVIAC. A noter que les AS semblent peu réagir à ce bilan.

Perceptions des assistants sociaux

Les AS indiquent recevoir très rapidement le bilan de la consultation de la part du médecin référent.

En ce qui concerne les contacts médecin référent – assistants sociaux, les avis et les expériences des AS sont très variés. Certains mentionnent avoir eu plusieurs téléphones avec le médecin référent. Selon les cas, c'est l'AS ou le MR qui a pris l'initiative de ces contacts oraux. Ces contacts ont été perçus de manière positive, car ils ont permis un échange sur la situation de santé du patient. D'autres indiquent que les contacts se sont limités au bilan écrit de la consultation. A noter que les AS ne prennent pas nécessairement contact avec le MR en cas de désaccord ou d'incompréhension sur un élément du bilan.

Perceptions des bénéficiaires

La plupart des bénéficiaires savent que le médecin référent et l'AS sont en contact et que l'AS reçoit, suite à la consultation, le bilan du médecin référent. Les bénéficiaires indiquent cependant ne pas en savoir beaucoup plus et précisent qu'eux-mêmes ne reçoivent pas ce bilan.

4.4.3 Entre médecins traitants et assistants sociaux

Perception acteurs stratégiques

Plusieurs personnes estiment que les AS et les MT collaborent vraisemblablement insuffisamment. Les contacts ne sont pas systématiques et dépendent essentiellement du bon vouloir des acteurs concernés. Certains assistants sociaux prendraient plus facilement contact avec des médecins traitants que d'autres ; certains médecins traitants sont plus sensibles aux questions sociales que d'autres et transmettront de ce fait plus ou moins d'informations médicales aux AS.

La collaboration entre AS et MT semble néanmoins plus facile dans les régions où la densité médicale est moins forte, car les professionnels se connaissent davantage.

Si REVIAC ne semble pas avoir renforcé, à ce jour, les contacts directs entre les médecins traitants et les assistants sociaux, les assistants sociaux sont cependant davantage informés de la situation médicale des patients grâce au retour effectué par le MR (bilan transmis aux AS suite à la consultation).

Perceptions des médecins traitants

Le point de vue des différents médecins traitants interrogés sur la nécessité d'entretenir une relation avec les AS diverge.

Certains médecins considèrent la relation entre le médecin traitant et l'AS comme un point central du suivi du patient alors que d'autres ne ressentent pas le besoin de communiquer avec les AS. Ces derniers ne refusent cependant pas un rendez-vous si les AS demandent à les rencontrer. Un médecin traitant indique participer à un réseau tous les 3-4 mois. Un autre médecin ne semblait pas avoir conscience que son patient était suivi par un AS et que cet AS avait besoin d'une expertise médicale sur laquelle se baser pour pouvoir lancer une mesure. Certains médecins traitants aimeraient bien avoir plus de contacts avec les AS mais ceux-ci ne seraient pas toujours disponibles. Et lorsqu'un contact a lieu, AS et médecins ne se comprennent pas toujours.

Un médecin estime que l'AS aurait dû l'informer avant de proposer REVIAC à l'un de ses patients.

Perceptions des assistants sociaux

La plupart des AS estiment important de collaborer avec les médecins traitants. Un échange entre médecins traitants et assistants sociaux permet aux AS de mieux comprendre certaines situations et aux MT d'en savoir un peu plus sur les problématiques liées au RI. Il a en effet été relevé à plusieurs reprises que les MT avaient parfois de fausses représentations : certains pensent en effet qu'ils doivent fournir un CM au patient pour qu'il puisse bénéficier du RI. Dans cette perspective, les colloques organisés par REVIAC regroupant les AS et les MT sont perçus comme très positifs. A noter que les médecins établissent le plus souvent des certificats d'incapacité de travail. Les AS souhaiteraient en revanche connaître davantage les limitations du patient.

La qualité de la collaboration entre AS et MT est très variable. Certains médecins sont semble-t-il très ouverts à un échange avec les AS, d'autres sont plus réticents à partager certaines informations. Quelques AS relèvent qu'il est plus facile d'établir des contacts avec des médecins installés à la campagne car ils sont moins nombreux.

Certains AS mentionnent par ailleurs que lorsque la collaboration entre AS et MT est bonne, le recours à REVIAC est moins nécessaire.

Perceptions des bénéficiaires

Les bénéficiaires ont peu de connaissances sur une éventuelle collaboration entre médecins traitants et assistants sociaux. Certains disent ne pas savoir, d'autres pensent que des contacts entre leur médecin traitant et l'assistant social sont possibles.

4.5 Perceptions liées à la procédure

4.5.1 Perceptions des acteurs stratégiques

Selon la procédure initiale, une fois le document d'annonce envoyé au médecin référent, ce dernier convoque automatiquement le bénéficiaire à un rendez-vous (le laps de temps entre la réception du document d'annonce et la date de la consultation est estimé à environ 2 mois). Depuis juillet 2014, le médecin référent peut décider, sur la base des documents reçus, de ne pas convoquer un patient s'il estime que la consultation ne permettra pas d'envisager et/ou de proposer de nouvelles perspectives au patient. Si tel est le cas, cela se fait d'entente avec le médecin traitant. Le nombre de situations concernées par ce changement de procédure est semble-t-il très restreint (environ 5 situations en 6 mois).

Une personne estime cependant que ce changement de procédure rend plus difficile la présentation du projet REVIAC au bénéficiaire, car elle ne permet pas aux AS de proposer une consultation médicale au patient, ne sachant pas si ce dernier sera réellement reçu. Pour cette personne, ce changement implique également que les personnes qui ont déjà un suivi médical, ont nettement moins de chances de pouvoir bénéficier de cette consultation.

Par ailleurs, le laps de temps entre la date de la consultation et le premier rendez-vous entre l'AS et le bénéficiaire après la consultation est considéré comme trop long par une personne interrogée. Celle-ci estime en effet que les AS devraient rencontrer le bénéficiaire dans le mois qui suit la consultation, ce qui ne semble pas être souvent le cas, même si l'AS reçoit le bilan le jour-même de la consultation.

A noter également que le MR ne dispose pas de l'entier du dossier médical du patient. Cette situation ne semble pas poser de problème ; elle permet au contraire de préserver le regard neuf du MR.

4.5.2 Perceptions des médecins traitants

De nombreux médecins ont signalé ne pas se souvenir ou ne pas avoir été mis au courant de la mise en place de REVIAC (que ce soit la consultation ou les colloques). De ce fait, la plupart des médecins traitants interrogés ne savent pas exactement comment la procédure a été initiée auprès de leurs patients. Ils se souviennent principalement d'avoir dû remplir un document pour le médecin référent. La plupart des médecins traitants considèrent que ce document était bien fait : questions simples et claires, document concis. Un médecin traitant souligne qu'on lui a

demandé de remplir ce document dans l'urgence (avec un délai de deux jours) pour une patiente qu'il n'avait pas vue depuis près de 6 mois. Le délai a été jugé trop court.

4.5.3 Perceptions des assistants sociaux

Pour la plupart des AS, la procédure (administrative) est assez aisée : la prise de rendez-vous est facile et peu chronophage. Leurs expériences concernant la durée d'attente entre l'envoi des documents et la date de la consultation ne sont cependant pas identiques. Pour certains, la consultation a eu lieu 3 semaines après l'envoi de la demande, pour d'autres il a fallu attendre 2-3 mois.

L'AS ne convoque en principe pas le bénéficiaire après la consultation pour en discuter spécifiquement. Ils se revoient le plus souvent selon le calendrier défini préalablement. Lors de la première rencontre qui suit la consultation, un échange entre l'AS et le bénéficiaire sur les perceptions et apports de la consultation REVIAC n'est toutefois pas systématique.

Le changement de procédure mis en place en juillet 2014 consistant à laisser la possibilité au médecin référent de ne pas convoquer un patient suite à l'analyse de son dossier est perçu différemment selon les régions. Dans trois régions, ce changement n'a pas eu d'impact particulier, dans la mesure où aucun bénéficiaire orienté vers REVIAC n'a été refusé. Dans une région cependant, les AS ont orientés des bénéficiaires qui n'ont pas eu la possibilité de rencontrer le médecin référent de la PMU. Cela représente, aux yeux de certains, un manque d'équité pour les bénéficiaires. De plus, cela rend difficile la présentation du projet REVIAC. Les AS ne savent plus comment leur « vendre » le projet, n'étant pas sûrs qu'ils pourront réellement en bénéficier.

4.5.4 Perceptions des bénéficiaires

Concernant la procédure, la plupart des bénéficiaires précisent que c'est l'AS qui leur a proposé/suggéré d'aller à cette consultation. Aucune remarque (positive ou négative) n'a été faite par les bénéficiaires sur le temps écoulé entre l'information par l'AS et le moment de la consultation. Tous les bénéficiaires ont par ailleurs conscience qu'il s'agissait d'une seule consultation, et ne s'attendaient dès lors pas à revoir le médecin référent pour des consultations ultérieures.

Suite à la consultation, les bénéficiaires semblent revoir l'AS selon un planning défini indépendamment du moment de la consultation. Cela n'est pas jugé négativement par les bénéficiaires.

4.6 Propositions d'amélioration

4.6.1 Perceptions des acteurs stratégiques

De manière générale, les acteurs stratégiques estiment que le projet REVIAC est intéressant. S'ils pensent que des améliorations peuvent encore être apportées, ils ne souhaitent en aucun cas l'abandon du projet. Quelques propositions concrètes ont été avancées :

- **Extension du projet à tout le canton** : pour l'instant, 4 régions sont concernées. Il serait judicieux, à la fin de la phase pilote, de proposer ce projet à tous les CSR du canton.
- **Renforcement du dispositif** : si le projet est proposé à d'autres régions, le dispositif devra être renforcé. Un médecin généraliste qui consacre une demi-journée au projet REVIAC ne sera pas suffisant pour prendre en charge toutes les consultations. Dans la perspective d'un renforcement du dispositif, il a également été suggéré à plusieurs reprises qu'un médecin psychiatre soit engagé à REVIAC, en raison de la fréquence des problématiques psychiques des bénéficiaires. Celui-ci permettrait de clarifier l'état de santé des bénéficiaires souffrant de problèmes psychiques, et préciser leurs capacités à entrer dans une mesure d'insertion. Le bénéficiaire aurait aussi la possibilité d'entrer directement en contact avec un psychiatre.
- **Lieu de la consultation** : les perceptions concernant le lieu de la consultation sont variées. Certains estiment qu'un lieu unique (Lausanne) n'est pas suffisant et proposent le développement de lieux de consultation dans les régions. Une personne trouverait idéal que les consultations puissent se faire dans les centres sociaux régionaux.
- **Renforcement de l'incitation à la collaboration MT - AS** : grâce au médecin référent, le niveau d'information des AS et des MT s'est amélioré. La collaboration directe entre ces deux corps de métier pourrait cependant encore se développer. Quelques personnes suggèrent que les différents professionnels (médecin référent, médecin traitant, assistant social) puissent se rencontrer si besoin et discuter de la situation avec le bénéficiaire. Une réflexion devrait être menée, selon une personne interrogée, sur le financement du temps de travail des médecins traitants sur les questions sociales, ce d'autant plus s'il doit consacrer du temps à des réunions.

4.6.2 Perceptions des médecins traitants

Le point principal à améliorer selon la plupart des médecins traitants interrogés est l'information. Ils souhaitent être globalement mieux informés sur les objectifs du projet, les types de patients concernés, le nombre de consultations prévues, etc. Cette information pourrait être transmise de différentes manières:

- Un médecin traitant, conscient que l'information des médecins est compliquée, propose de trouver un moyen de « forcer » les médecins traitants à être mis au courant en abordant, par exemple, le sujet lors d'un « Jeudi de la Vaudoise »⁹.
- Un autre médecin pense que le médecin traitant devrait être au centre de tout projet mis en place pour ses patients. Il doit être mis au courant des diverses procédures qui sont développées pour améliorer le bien-être de ses patients et c'est au médecin traitant de déterminer s'il a des patients qui remplissent les critères pour participer à un projet en particulier.
- Un médecin traitant soulève que les médecins installés n'ont pas assez de temps pour aller à des colloques. Ce médecin pense que ce serait bien qu'ils reçoivent une brochure/un dépliant simple. Il aurait pu s'y référer en cas de besoin. Un colloque serait toutefois particulièrement intéressant pour les médecins qui n'ont jamais eu affaire à REVIAC.

D'une manière générale, il paraît important pour les médecins traitants de trouver une solution pour qu'ils se sentent concernés par le projet. S'ils ne le sont pas, ils prêteront peu d'attention à l'information reçue.

Un médecin traitant aimerait également avoir plus d'outils pour activer un réseau avec les différents acteurs dont les AS. Il pense que ce serait la première chose à faire pour voir s'il est possible de relancer quelqu'un sur le marché de l'emploi. Un autre pense que le problème principal est de trouver des employeurs qui acceptent d'engager des personnes qui sont à l'aide sociale (surtout celles qui y sont pour des troubles d'ordre psychiatrique). Il propose de créer un groupe d'employeurs prêts à engager ce type de personnes pour faciliter leur retour sur le marché du travail.

Finalement, quelques médecins sont sans avis par rapport aux perspectives d'amélioration du projet. Ils ne ressentent aucun besoin.

4.6.3 Perceptions des assistants sociaux

Les AS estiment que la proportion des bénéficiaires souffrant de problèmes psychiques est importante. Pour mieux clarifier l'état de situation de ces derniers, il serait judicieux, pour la plupart des AS, que le dispositif REVIAC comprenne également un médecin psychiatre. De plus, mettre en place un suivi psy n'est pas toujours aisé. Deux raisons ont été évoquées : a) le bénéficiaire est parfois réticent à consulter un psychiatre/psychologue, estimant ne pas en avoir besoin ; b) les psychiatres ne prennent souvent pas de nouveaux patients. Avec un psychiatre à REVIAC, le premier contact serait déjà établi. Cela faciliterait considérablement la mise en place d'un suivi psychologique.

Il a été suggéré à plusieurs reprises lors des focus groups qu'il soit possible de mettre en place un réseau regroupant le médecin référent, le médecin traitant, l'assistant social et le bénéficiaire.

⁹ Nom donné au programme de formation continue annuel organisé par la Commission de Formation continue de la Société Vaudoise de Médecine.

Cela permettrait de discuter ensemble de la situation du bénéficiaire et d'envisager avec lui les pistes pour l'avenir. Ce réseau ne doit cependant pas être systématique, car il n'est pas utile dans toutes les situations.

Quelques assistants sociaux trouvent que ce serait plus facile si le médecin référant consultait au CSR. Ils indiquent que certains bénéficiaires n'ont pas l'habitude de se déplacer ou craignent de se rendre dans un endroit qu'ils ne connaissent pas. Pour ces derniers, le lieu de la consultation n'est donc pas adapté. Cette vision ne semble pas partagée par tous les AS, car dans de nombreuses situations le lieu de la consultation ne semble pas poser de problème.

Il a également été suggéré que davantage de rencontres puissent être organisées avec les médecins traitants afin d'échanger sur des situations et pathologies. Certains AS ressentent en effet le besoin d'en savoir un peu plus sur les conséquences et limitations de certaines affections, notamment psychiques.

4.6.4 Perceptions des bénéficiaires

Quelques bénéficiaires se sont exprimés sur le lieu de la consultation. Le plus souvent, le fait que la consultation ait lieu à Lausanne ne semble pas poser de problème, ce d'autant plus que les frais de transport sont remboursés.

Quelques bénéficiaires indiquent cependant avoir mal lu la convocation et se sont rendus dans un premier temps à l'adresse qu'ils connaissaient pour la PMU, à savoir à la rue du Bugnon. Même s'ils reconnaissent que cette erreur leur incombe, l'adresse (avenue de Béthusy) pourrait être plus clairement indiquée sur le courrier de la PMU ou précisé oralement par l'AS.

4.7 Synthèse

Perception du projet

Le projet REVIAC, dans son approche, est perçu positivement par la plupart des personnes interrogées. Les acteurs stratégiques valorisent principalement le fait que REVIAC a pour but de favoriser les collaborations et sensibiliser les médecins traitants aux questions sociales du RI. Les AS perçoivent avant tout ce projet comme un outil supplémentaire à leur disposition leur proposant de nouvelles idées de mesures auxquelles ils n'auraient pas pensé. Quant aux médecins traitants et aux bénéficiaires, ils voient essentiellement dans ce projet la possibilité de faire un point de situation sur l'état de santé du patient. A ce titre, la consultation est davantage perçue comme une aide que comme une menace.

Appréciation générale

La plupart des AS et des MT, ainsi qu'une partie des bénéficiaires estiment que la consultation REVIAC a rarement permis de mettre en place de nouvelles mesures, et de faire évoluer, par voie de conséquence, la situation du patient.

Si ces personnes sont dans un premier temps assez critiques par rapport au projet REVIAC, elles mentionnent toutefois assez rapidement les aspects positifs d'un tel projet. Ceux-ci sont globalement les suivants :

- Clarification de l'état de santé du patient (surtout pour les patients somatiques)
- Confirmation de l'adéquation des pistes proposées par l'AS
- Evolution positive de certaines situations (ex : mise en route d'une demande AI, mise en place d'un suivi psy, nouvel élan dans la relation AS-bénéficiaire)
- Meilleur échange d'information entre les professionnels
- Soutien du bénéficiaire sous forme d'écoute

Les principales critiques formulées à l'égard du projet REVIAC sont :

- Peu de nouvelles mesures proposées
- Manque d'un médecin psychiatre dans le dispositif REVIAC
- Connaissance et compréhension insuffisante du projet par les MT et les bénéficiaires
- Collaboration encore insuffisante entre AS et médecins traitants

A noter que l'orientation d'un bénéficiaire vers REVIAC ne se fait souvent pas dans un premier temps. Les AS explorent en effet le plus souvent d'autres pistes avant de proposer REVIAC aux bénéficiaires.

Concernant le lieu de la consultation, les avis des personnes interrogées sont très partagés. Certaines personnes estiment que le lieu actuel ne pose pas particulièrement de problème et considèrent que les bénéficiaires sont en mesure de se déplacer. D'autres seraient favorables au développement des possibilités de consultations dans les régions, voire dans les CSR eux-mêmes.

Médecin référent versus médecin conseil

Au départ, les CSR ont demandé au SPAS la mise en place d'un dispositif de médecin conseil qui leur permettrait de détecter et de sanctionner des situations d'abus (demande d'une approche « sanctionnante »). La réponse donnée par le SPAS a été la mise sur pied du projet REVIAC, avec notamment la création d'une consultation à la PMU réalisée par un médecin référent (=approche « collaborante »).

Aujourd'hui, si les CSR souhaitent encore la mise en place d'un médecin conseil pour pouvoir mieux détecter et sanctionner les situations d'abus, ils ne souhaitent plus nécessairement que cela se fasse dans le cadre du projet REVIAC, peu compatible avec la notion de contrôle.

Au vu de ces résultats (retours positifs de l'approche proposée par le SPAS), une comparaison entre approche vaudoise et genevoise n'a pas été retenue.

5

Conclusions et recommandations

5 Conclusions et recommandations

Conclusions

Pertinence du projet

Les parties prenantes (membres du COPIL, directions de CSR, assistants sociaux, médecins traitants et bénéficiaires) ne remettent pas en question la pertinence du projet. Dans son approche, REVIAC répond à des besoins (ex. amélioration de la collaboration entre assistants sociaux et médecins traitants, familiarisation des médecins traitants aux questions sociales du RI, etc.).

Médecin référent versus médecin conseil

Le projet REVIAC, tel qu'il a été conçu par le SPAS et la PMU, vise à soutenir les assistants sociaux, les médecins traitants et les bénéficiaires dans leurs réflexions sur les possibles démarches de réinsertion à mettre en place.

REVIAC a donc une approche « collaborante » qui ne permet pas de détecter des situations d'abus.

La demande des CSR d'un dispositif de médecin conseil qui permettrait de détecter et sanctionner des situations d'abus est cependant toujours d'actualité.

Recommandations

Le projet REVIAC doit être maintenu et proposé aux autres régions du canton. Des améliorations peuvent néanmoins être apportées (voir recommandations ci-dessous).

Afin de préserver la confiance des parties prenantes dans le projet REVIAC (en particulier celles des bénéficiaires et des médecins traitants), il est conseillé de maintenir le terme 'médecin référent' pour désigner le(s) médecin(s) du dispositif REVIAC. Le terme 'médecin conseil' est souvent assimilé aux assurances et véhicule, dans cette perspective, davantage un message de contrôle que de soutien.

Détecter et sanctionner les situations d'abus est bien sûr nécessaire, mais ce contrôle devrait s'effectuer dans un autre cadre que celui du projet REVIAC.

La PMU a par ailleurs développé une expertise dans le soutien médical et social des personnes en situation de précarité. Cette orientation n'est pas compatible avec la volonté de faire respecter les lois et la nécessité de déjouer des certificats médicaux de complaisance. Une assimilation de la PMU à de tels objectifs entacherait sa réputation et réduirait la confiance de la population dans les institutions publiques telles que le CHUV ou la PMU.

Conclusions

Dispositif REVIAC

Le dispositif REVIAC est composé d'un médecin interniste à 20%. La charge actuelle de travail (lecture du dossier, réalisation de la consultation, contacts avec l'AS et le MT, rédaction du bilan) dépasse ce pourcentage de travail initialement fixé.

Le médecin référent en charge de la consultation est très apprécié des parties prenantes tant pour ses compétences professionnelles que relationnelles. Son expérience et ses connaissances en lien avec les problématiques sociales sont valorisées.

Les situations de personnes souffrant de troubles psychiques (psychiques uniquement ou psychiques et somatiques) constituent une part importante des consultations REVIAC. Clarifier l'état de santé de ces personnes est souvent difficile à réaliser pour un médecin non psychiatre.

Lieu de la consultation

REVIAC offre un lieu de consultation unique dans les locaux de la PMU, à l'avenue de Béthusy à Lausanne. Les parties prenantes s'accrochent le plus souvent de cette situation.

Formation

Outre la création d'une consultation médicale, REVIAC comprend des activités d'information et de formation destinés aux médecins et aux

Recommandations

Dans l'optique d'une extension du projet aux autres régions du canton, la dotation actuelle (pourcentage de travail du médecin référent actuel ou nombre de médecins référents en activité) est insuffisante. Celle-ci devra nécessairement être augmentée.

Une attention toute particulière devra être portée lors du choix des futurs médecins référents. L'expérience de la phase pilote montre la nécessité d'avoir un ou des médecins référents expérimentés, dotés de bonnes compétences relationnelles et ayant de bonnes connaissances des structures sociales du canton.

Il est nécessaire que le dispositif REVIAC propose un médecin psychiatre en plus d'un (des) médecin(s) interniste(s). Un médecin psychiatre pourra plus facilement clarifier l'état de santé des bénéficiaires souffrant de troubles psychiques et mieux renseigner les assistants sociaux sur les limitations qu'impliquent de tels troubles. Il permettra également de mettre plus rapidement en place un suivi psychologique lorsque cela s'avère nécessaire.

Offrir la possibilité aux bénéficiaires de consulter à proximité de leur domicile serait un atout, mais ne constitue pas une priorité.

La réflexion sur le développement d'autres lieux de consultation peut donc se faire dans un deuxième temps, en discussion avec les directions des CSR.

L'organisation de colloques doit se poursuivre, voire même se renforcer, de manière à toucher

Conclusions

assistants sociaux. Même si l'analyse de ces activités dépasse le cadre de ce mandat, les colloques sont reconnus utiles. Ils offrent la possibilité aux assistants sociaux et aux médecins de se rencontrer. Ils permettent également l'amélioration des connaissances.

Collaboration

REVIAC, grâce au médecin référent, permet un meilleur échange d'information entre les assistants sociaux et les médecins traitants. Ce projet n'aurait cependant pas permis de renforcer les contacts directs. Ceux-ci sont encore très dépendants des initiatives personnelles des professionnels.

Procédure

La durée entre l'envoi du document d'annonce et la date de la consultation est de près de 9 semaines en moyenne, avec une durée maximum de 19 semaines. Cette durée a connu une baisse entre janvier et décembre 2013 mais est repartie à la hausse depuis l'extension du programme aux CSR de JUNOVA et de Morges.

Le laps de temps entre la consultation et le premier rendez-vous avec l'AS suite à la consultation est de 5 semaines en moyenne. L'AS ne convoque en principe pas le bénéficiaire après la consultation pour en discuter spécifiquement. Ils se revoient le plus souvent selon un calendrier défini préalablement. Lors de la première rencontre qui suit la consultation, un échange entre l'AS et le bénéficiaire sur les perceptions et apports de la consultation REVIAC n'est pas systématique.

Recommandations

davantage de médecins.

Les activités d'information destinées aux médecins devraient se renforcer et pourraient prendre diverses formes : organisation de colloques, présentation à des journées de formation continue, remise de brochures, etc.

Le médecin référent devrait avoir la possibilité, lorsqu'il l'estime nécessaire, d'organiser un « réseau », c'est à dire de convier à une séance ad hoc l'assistant social, le médecin traitant, le spécialiste selon les cas et le bénéficiaire.

Ces rencontres ne doivent pas être organisées de manière systématique, mais seulement lorsqu'il y a un besoin (ex : situations complexes, incompréhension entre les professionnels, etc.).

Dans l'idéal, la consultation devrait avoir lieu 3 semaines à 1 mois après l'envoi du document d'annonce. Le renforcement du dispositif REVIAC permettra sans aucun doute de réduire le temps d'attente entre le document d'annonce et la date de la consultation.

L'assistant social, qui reçoit le bilan le jour même de la consultation, devrait rencontrer le bénéficiaire dans le mois qui suit cette consultation pour discuter des options possibles et des démarches à entreprendre.

Conclusions

Le changement de procédure mis en place en juillet 2014 consistant à laisser la possibilité au médecin référent de ne pas convoquer un patient suite à l'analyse de son dossier a créé de la confusion sur le type de bénéficiaires à orienter vers REVIAC : la consultation s'adresserait avant tout aux personnes sans suivi médical. Les personnes suivis médicalement auraient, dans cette perspective, moins de chances de bénéficier de cette consultation.

Parmi les mesures à disposition des AS, REVIAC est rarement proposé dans les débuts d'une prise en charge. C'est souvent une fois que d'autres pistes ont été explorées et qu'aucune autre mesure ne semble pouvoir être envisagée que le bénéficiaire est orienté vers REVIAC.

Données de monitoring

Certaines données récoltées ne le sont que partiellement (beaucoup de non réponses) et d'autres sont d'ordre qualitatif (texte libre), rendant une analyse quantitative impossible

Recommandations

Le profil des bénéficiaires à orienter en priorité vers REVIAC, ainsi que les implications du changement de procédure devraient être clarifiés par le SPAS et la PMU.

Il est indispensable de rappeler aux AS que REVIAC ne constitue pas un outil de dernier recours. Orienter les bénéficiaires vers REVIAC de manière plus précoce permettra au MR de proposer davantage de nouvelles mesures.

Afin de minimiser les erreurs ou les pertes de données et de faciliter la transmission d'informations des différents acteurs, leur saisie devrait être centralisée, par exemple sur une page internet accessible par tous les CSR concernés et le médecin référent. Les données devraient par ailleurs être saisies en continu, et non pas de façon ponctuelle.

Il serait également judicieux de mettre en forme les modalités de réponse des variables (notamment celles concernant la suite de la consultation REVIAC) de telle sorte à ce qu'elles puissent être analysées quantitativement. La récolte d'information devrait par exemple se faire à l'aide d'un questionnaire dûment standardisé.

6

Annexes

6 Annexes

6.1 Procédure de consultation PMU

Documents associés	Etapes processus	Description étapes	DEC	EXE	COL	INF	
	<pre> graph TD A[Examen critères d'éligibilité] --> B[Information bénéficiaire mesure REVIAC] B --> C{NON? / OUI?} C -- NON --> D[3. Si le bénéficiaire ne souhaite pas entrer dans la mesure, l'AS examine la pertinence d'une autre mesure (DP, CII, autres)] C -- OUI --> E[a) Inscription objectifs PAP b) Contrat sur la mesure c) Document d'annonce à la PMU d) Envoi Formulaire au MT] E --> F[Réception Formulaire MT] </pre>	1. L'AS (ou l'AS référent) examine si le bénéficiaire remplit les critères d'éligibilité au dispositif: certificats médicaux récurrents et/ou de longue durée		AS			
X		2. Si les critères sont remplis, l'AS propose au bénéficiaire la mesure REVIAC.		AS		B	
		3. Si le bénéficiaire ne souhaite pas entrer dans la mesure, l'AS examine la pertinence d'une autre mesure (DP, CII, autres)		AS		B	
X X X X		4. Si le bénéficiaire accepte d'entrer dans la mesure, l'AS inscrit la mesure dans le PAP, fait signer au bénéficiaire un contrat sur la mesure et un document d'annonce à la PMU avec autorisation. L'AS transmet le document d'annonce à la PMU. Le MR-PMU envoie un questionnaire au MT.		AS ou MR		B MT	MR
		5. Lorsque le MR-PMU est en possession du document d'annonce et du questionnaire du MT, elle contacte le patient pour fixer un rdv. Le consentement du patient doit être en possession de la PMU. Si 15 jours après la date d'envoi du questionnaire au MT, le MR-PMU n'a pas reçu le questionnaire en retour, elle contacte le MT. Si après un rappel le questionnaire n'est toujours pas retourné par le MT, le MR-PMU lance malgré tout la procédure de rdv.			MR	MT	AS
Plan d'action personnalisé (PAP) Contrat sur la mesure Document d'annonce à la PMU avec autorisation du bénéficiaire Formulaire pour le MT Bilan consultation PMU Aide à la pratique pour AS		AA : Autorités d'application du RI AS : Assistant social MT : Médecin traitant MR : Médecin référent de la PMU B : Bénéficiaire PAP : Plan d'action personnalisé		Responsable de la décision	Responsable de l'exécution	Doit collaborer Doit être informé	
Documents associés	Commentaires	Définitions	Resp.				

6.2 Document d'annonce à la PMU



DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE
Service de prévoyance et d'aide sociales



PROJET REVIAC Autorité d'application LASV - Annonce au médecin référent REVIAC

Documents à renvoyer à

Policlinique médicale et universitaire (PMU)
Consultation REVIAC
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
Mail : pmu.reviac.secr@hospvd.ch

Pré-requis (non cumulatifs):

Personne disponible pour une démarche d'insertion, dont

- les certificats médicaux d'incapacité de travail sont récurrents et/ou de longue durée ;
- la situation médicale n'est pas claire, les données médicales disponibles ne permettent pas de déterminer les actions envisageables (objectifs, projets d'insertion, etc.) ;
- le suivi médical est inexistant.

Dans la mesure du possible, l'annonce au médecin référent est subsidiaire aux prises de contact avec le médecin traitant du bénéficiaire, lorsqu'il existe.

CSR concerné :	
Nom et prénom du collaborateur :	
Adresse courriel et téléphone :	

Nom et Prénom bénéficiaire :	
Date de naissance :	
NSS :	
Adresse et n° de téléphone :	
Nationalité:	

1. Raisons de la demande de consultation

Raisons de la demande de consultation	Certificat médical récurrent/de longue durée: <input type="checkbox"/> Besoin de clarification de l'état de santé : <input type="checkbox"/> Absence de suivi médical : <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) :
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Accompagnement social déjà initié et projets d'accompagnement

<p>Accompagnement social déjà initié (mesures récemment proposées, etc.)</p>	
<p>Projet d'accompagnement social (activités, mesures envisagées, etc.)</p>	

3. Données personnelles

<p>Remarques utiles sur la situation personnelle, familiale et sociale (état civil, composition du ménage, réseau social)</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4. Connaissances linguistiques

<p>Langue(s) parlée(s)</p>		
<p>Nécessité d'un traducteur pour la consultation ? Si oui, langue exacte:</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	

5. Niveau de formation

<p>Scolarité : CH <input type="checkbox"/> Etranger <input type="checkbox"/></p>
<p>Formation professionnelle achevée: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, type de formation :</p>

6. Parcours professionnel

<p>Dernière activité professionnelle (date) ou court descriptif du parcours</p>	
---------------------------------------------------------------------------------	--

7. Santé

Suivi médical : oui non

Si suivi médical, coordonnées du-des médecin-s

Nom, Prénom/Institution	Adresse et téléphone	Certificat (taux et durée) :

Un contact préalable entre l'assistant social et le médecin traitant a-t-il eu lieu ?

oui non

Lieu et date :

Signature du collaborateur :

Annexe : Autorisation (doit impérativement être signée sans quoi le dossier ne sera pas traité)



DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE
Service de prévoyance et d'aide sociales



Annonce au médecin référent REVIAC

AUTORISATION

Concerne la situation suivante :

Vous êtes au bénéfice de prestations du revenu d'insertion. Afin de déterminer le projet d'insertion ou la prise en charge la plus adéquate par rapport à vos problèmes de santé, un médecin généraliste référent de la Polyclinique médicale et universitaire (PMU) est mandaté pour étudier votre situation.

En collaboration avec votre médecin traitant et le centre social régional (CSR), le médecin référent de la PMU pourra ainsi vous proposer les mesures les plus adaptées à vos problématiques de santé. Si nécessaire, il prendra contact avec vous pour vous proposer une rencontre.

Afin que cette collaboration puisse être efficace, **il est indispensable que vous nous donniez votre accord pour que le CSR et le médecin référent de la PMU puissent échanger les informations nécessaires et pertinentes contenues dans votre dossier. En cas d'accord, le médecin référent de la PMU pourra prendre contact avec votre médecin traitant. Aucune donnée médicale ne sera transmise au CSR.**

Nous vous remercions dès lors de bien vouloir signer cette autorisation.

Dans le cadre défini ci-dessus, j'autorise l'autorité d'application de la LASV (le CSR) à transmettre aux représentants de la PMU les informations pertinentes figurant dans mon dossier. J'autorise également l'autorité d'application et les représentants de la PMU à contacter mon médecin traitant, sachant qu'aucune information médicale ne sera transmise à l'autorité d'application.

Nom et Prénom :

NSS : Date de naissance :

Lieu et date : Signature du bénéficiaire/
de son représentant légal :

6.3 Questionnaire au médecin traitant

Questionnaire standard à l'attention du médecin-traitant

A renvoyer à

*Policlinique médicale et universitaire (PMU)
Consultation REVIAC
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
Mail : pmu.reviac.secr@hospvd.ch*

Nom, Prénom:	Date de naissance :
Souhaite rencontrer un médecin référent de la PMU dans le cadre du projet REinsertion Vie Active (REVIAC).	
Afin de faciliter l'évaluation du médecin référent de la PMU, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous :	

1. *Depuis quand et à quelle fréquence voyez-vous la personne mentionnée ci-dessus ?*

.....

2. *Quel(s) diagnostic(s) avez-vous posé(s) ?*

.....
.....
.....

3. *Quel(s) traitement(s) avez-vous proposé(s) ?*

.....
.....
.....

4. *S'il y a incapacité de travail, celle-ci est-elle temporaire ou définitive?*

.....
.....

5. *Une demande de prestations auprès de l'AI est-elle envisagée pour votre patient ?*

- Oui
- Non

6. *Avez-vous connaissance du dépôt d'une demande de prestations auprès de l'AI par votre patient ?*

- Oui
- Non

Signature et timbre

Date:

.....

Le présent formulaire rempli peut être facturé selon la tarification TARMED 1 * code 002285 et 3 * code 002295, respectivement un montant de CHF 125.-. La facture peut être jointe au questionnaire.

Dans le cas où vous n'auriez pas retourné ce document dans les 15 jours suivant sa réception, le médecin référent de la PMU se permettra de vous contacter.

6.4 Bilan du médecin référent



DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE
Service de prévoyance et d'aide sociales



BILAN DU MEDECIN REFERENT-PMU (A remettre à l'AS)

Concerne :

Nom, Prénom : Date de naissance : Rendez-vous du : Médecin référent : Médecin(s) traitant(s): Assistant(e) social(e):

Questionnaire :

- 1. La personne s'est t-elle présentée au rendez-vous ?**
 Oui
 Non
- 2. Un contact avec le/s médecin/s traitant/s de la personne a-t-il pu être établi ?**
 Oui
 Non
- 3. Quelles sont les principales limitations fonctionnelles de la personne à considérer dans l'élaboration d'un projet d'insertion ?**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- 4. Environnement à éviter**
 Froid
 Bruit
 Poussière
 Autres :

5. *Une activité peut-elle être exigée de la personne ? Pour quelle durée : indéterminée, une année, autre ?*

.....
.....
.....

6. *Quels types d'activités/mesures d'insertion la personne ne peut-elle pas effectuer en tenant compte de son état de santé ?*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. *Une demande de prestations auprès de l'AI est-elle conseillée ?*

- Oui
- Non

Remarques :

.....
.....

8. *Observations complémentaires et recommandations :*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

