

CONCRÉTISER LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE AMBULATOIRE DE LA COMPLEXITÉ

Nicolas Perone *et al.*

S.F.S.P. | *Santé Publique*

2015/HS - S1
pages 77 à 86

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-77.htm>

Pour citer cet article :

Perone Nicolas *et al.*, « Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité », *Santé Publique*, 2015/HS S1, p. 77-86.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité

Materializing interdisciplinary outpatient management of complex situations

Nicolas Perone¹, Séverine Schusselé Filliettaz¹, Frédéric Budan², Philippe Schaller^{1,3}, Jean-François Balavoine^{1,4}, Francis Waldvogel¹

➔ Résumé

La gestion des malades se complexifie, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et d'une population vieillissante. Le système de santé suisse est fragmenté et peine à coordonner les soins entre des intervenants issus de multiples disciplines ou actifs dans différentes institutions. L'amélioration de la prise en charge de ces situations complexes fait l'objet de modélisations qui préconisent notamment une prise en charge en équipe et coordonnée.

Cet article reflète une recherche-action dont le but est de soutenir les professionnels de la santé dans la mise en œuvre ambulatoire de ce type de prise en charge.

Des professionnels – des *leaders* médecins et infirmières des bonnes pratiques dans le Canton de Genève (Suisse) – ont exploré la prise en charge du patient complexe, ses composantes facilitatrices et ses obstacles. Une prise en charge en équipe interdisciplinaire est essentielle pour l'analyse des problèmes du patient, la prise en compte de ses priorités et l'élaboration d'un suivi conjoint. La légitimité de chacun des membres de cette équipe est valorisée, avec de nouvelles fonctions pour des « métiers » existants : autonomie du patient, valorisation et soutien au proche-aidant, coordination par l'infirmière. La mise en œuvre de cette équipe et de ses fonctions requiert de nouveaux processus qui nécessitent aussi bien le financement de la coordination que le développement de nouveaux outils de suivi interdisciplinaires, notamment informatiques.

Mots-clés : Équipe interdisciplinaire ; Planification anticipée des soins ; Aidants ; Dossiers de santé électroniques ; Système de soins intégrés ; Soins infirmiers communautaires ; Soins en ambulatoire.

➔ Summary

Patient management is becoming increasingly complex, particularly because of the growing prevalence of chronic diseases and ageing populations. The Swiss health care system is fragmented and struggles to coordinate care provided by professionals from multiple disciplines or working for different institutions. Models to improve health care of complex situations are available that particularly advocate a coordinated team approach.

This article presents an action-research designed to empower health professionals to manage complex situations in outpatient settings by means of this type of approach.

Health professionals – good practice leaders in the medical and nursing fields in the Geneva Canton (Switzerland) – explored complex management situations, as well as facilitating components and obstacles. A team approach is essential to manage all of the patient's issues, to take the patient's priorities into account, and to work on a joint care plan. The legitimate role of each member of this team is highlighted, together with new roles for existing practices: informing and motivating the patient, highlighting and supporting care givers, coordination by nurses. The creation of such teams, and implementation of these roles involve new processes, which require financing of coordination as well as development of new methods of interdisciplinary management, particularly novel information technology tools.

Keywords: *Interdisciplinary health team; advanced health care planning; caregivers; electronic health record; integrated health care systems; community health nursing; ambulatory care.*

¹ Association PRISM – Rue de la Corratierie 26 – CH-1204 Genève – Suisse – www.prism-ge.ch.

² Institution genevoise de maintien à domicile, www.imad-ge.ch.

³ Réseau Delta, www.reseau-delta.ch.

⁴ Université de Genève, Faculté de Médecine, www.unige.ch.

Contexte

La prise en charge des malades se complexifie, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, du cumul des comorbidités, des problématiques psycho-sociales et du vieillissement de la population [1]. D'un point de vue médical, la difficulté d'appliquer les recommandations des guides de pratique pour de tels patients complexes a été démontrée : en effet ceux-ci, en cumulant des problématiques de santé, sociales et environnementales, ont des propriétés *émergentes* [2, 3] : un malade complexe n'est pas seulement compliqué en raison de ses multiples pathologies, il le devient lorsque ses différents problèmes s'entremêlent et interagissent, en créant une nouvelle situation, plus difficilement gérable.

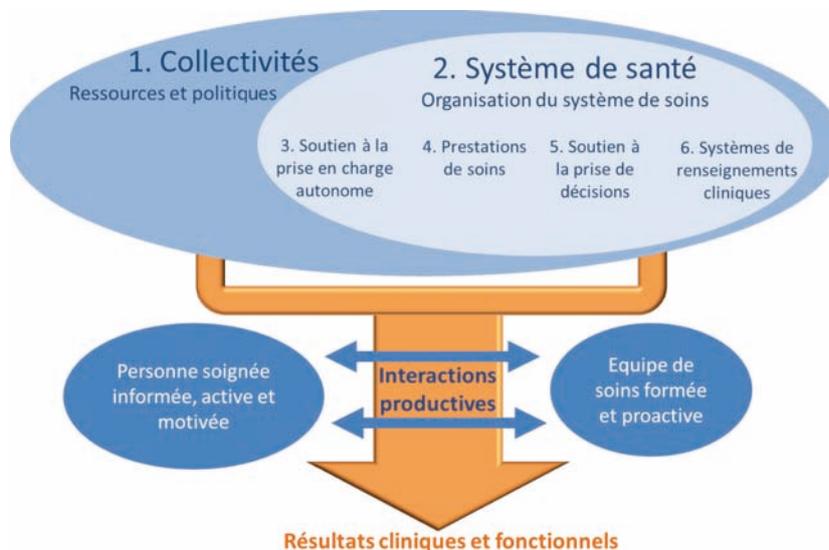
Il devient un cas unique pour lequel les interventions doivent être repensées [4] et adaptées non seulement aux spécificités des pathologies, mais surtout aux priorités et aux ressources de la personne malade et de son environnement.

La prise en charge des patients dans ce contexte de transition épidémiologique a fait l'objet de différentes conceptualisations, dont le *Chronic care model* (CCM) (encadré 1) proposé par Wagner *et al.* [5, 6], ou de réflexions autour de la pondération des données probantes par le jugement clinique et par les spécificités bio-psycho-sociales des malades [7, 8]. Pour répondre à la diversité des problématiques et aux multiples compétences requises, ces modèles préconisent globalement des prises en charge individualisées [9], nécessitant d'une part un système de santé adapté [10], d'autre part une approche interdisciplinaire coordonnée [1, 11, 12].

Encadré 1 : Le *Chronic Care Model* ou modèle de soins de longue durée

Le *Chronic Care Model* [5, 6] conceptualise la globalité des conditions qui influencent la qualité de la prise en charge d'une personne atteinte chroniquement dans sa santé : financement, politiques, lois, formations, systèmes de communication, informations, ressources, etc. Ce modèle permet de postuler que des modifications apportées dans ces différents domaines auront un impact sur la pratique des soignants et sur la prise en charge des personnes malades. Il suggère également que, pour modifier les pratiques au niveau des soignants, il faut agir au niveau global du système de santé. Il peut ainsi s'avérer pertinent d'agir sur les législations entourant les modes et conditions de financements des prestations, sur les systèmes de communications disponibles pour permettre aux soignants d'échanger autour d'un patient, sur l'organisation des dispositifs de formation, sur la reconnaissance de l'utilité des structures de soutien proposées aux malades, etc. Par ailleurs, ce modèle montre l'importance d'un travail d'équipe, proactif et interdisciplinaire. Il s'inscrit dans une perspective clairement collaborative dans laquelle la personne soignée participe activement à sa prise en charge.

Le *Chronic Care Model* [38]



Malgré des prestations de qualité, la coordination de la prise en charge des personnes âgées, poly-morbides ou avec une situation psycho-sociale lourde est difficile à mettre en œuvre en Suisse [13] comme ailleurs [14]. En effet, le système de santé helvétique [15], ne s'y prête guère : la fragmentation [13] des soins est la règle, aussi bien en ce qui concerne le financement des soins, l'organisation des prestataires, que les processus de travail.

En Suisse, les soins ambulatoires médicaux sont fournis en partie par des praticiens privés installés en cabinets majoritairement mono-disciplinaires, en partie par des services publics ou bénéficiant de mandats de prestation étatiques. Le patient n'est pas soumis à un système de *gatekeeping* médical et peut dès lors multiplier les consultations, de spécialités identiques ou différentes. Le financement de la pratique médicale se fait à l'acte, selon le système Tarmed [15], en comptabilisant le temps passé avec le patient et les interventions réalisées. Les prestations paramédicales (infirmières, physiothérapeutes, diététiciennes, etc.) doivent être prescrites par un médecin pour être remboursées par les assurances [15]. Si l'assurance couvre adéquatement les prestations des professionnels de santé, il est moins facile de valoriser les interventions d'équipe, comme le temps de communication et de coordination.

Par ailleurs, l'échange d'information entre intervenants est très hétérogène : s'il existe en Suisse des réglementations concernant la protection des données-patient [16] ou l'accès de ce dernier à son dossier [17], il n'y en a pas pour structurer et faciliter les échanges d'informations interdisciplinaires. En termes d'outils, chaque institution/chaque praticien privé est libre d'utiliser ou non un dossier informatique [18].

Hypothèse

Pour les malades complexes, une prise en charge personnalisée est essentielle. Celle-ci nécessite d'aller au-delà de la maladie avec une exploration de toutes les problématiques pouvant influencer sa santé, en tenant compte des priorités de la personne soignée et de ses proches-aidants. Afin de tester cette approche, un projet genevois a été lancé en 2012 sur la base de l'hypothèse suivante : une prise en charge en équipe ambulatoire comprenant le patient et ses proches ainsi que le-s professionnel-le-s impliqué-e-s dans sa santé (médecin traitant, infirmière à domicile, etc.) permettrait d'appréhender de manière globale la complexité de la situation bio-psycho-sociale de ce patient et de décider ensemble d'un suivi cohérent.

Méthodes

Ce projet est construit sur les principes de la gestion du changement [19], l'exploration de la prise en charge en équipe n'étant que la première étape visant à améliorer la dynamique interdisciplinaire. Pour favoriser ce changement, l'approche utilisée s'est inspirée des techniques de recherche-action [20] qui construisent les interventions en étroite collaboration avec des acteurs-clés du système selon une logique circulaire décrite dans l'encadré 3 (cf. dans le paragraphe Discussion) : cette approche a été utilisée notamment pour accompagner l'introduction d'itinéraires cliniques et suivre l'adhésion des professionnels à la démarche interdisciplinaire [21]. Pour cette phase du projet, les données collectées sont donc de type qualitatif [22] et ciblent le suivi du changement des pratiques. Les indicateurs d'efficience de la prise en charge – satisfaction, accès aux prestations, adhésion, etc. [23, 24], évoqués dans des contextes où l'introduction des changements n'est pas au centre du projet – ne sont pas pertinents à ce stade du projet.

La démarche consiste à explorer systématiquement la pratique interdisciplinaire autour de situations réelles de malades complexes (les bonnes pratiques, les contraintes et les attentes des intervenants), à travers le prisme du CCM. Les données sont donc collectées en suivant un questionnaire semi-structuré mais non contraignant, qui reprend les domaines du CCM. Les notes d'entretien sont résumées de façon brève afin de garder les éléments identifiés comme prioritaires par l'équipe.

Plusieurs étapes caractérisent la recherche-action menée à Genève :

- 1) Identification de médecins traitants intéressés à explorer leurs pratiques interdisciplinaires de prise en charge ambulatoire du patient complexe.
- 2) Identification d'infirmières à domicile également intéressées par cette exploration. Le processus de sélection de l'infirmière tient compte du point 4 ci-dessous.
- 3) Entretiens individuels semi-structurés approfondis avec ces professionnels. Ils permettent à l'intervenant d'exposer dans un contexte bienveillant sa pratique de l'interdisciplinarité – ses forces, ses obstacles – ainsi que ses attentes. L'approche exploratoire est exhaustive au travers d'un questionnaire structuré (encadré 2) qui s'inspire du CCM.
- 4) Identification d'une situation complexe de prise en charge par un médecin et une infirmière à domicile. Certaines organisations de soins infirmiers utilisent une

Encadré 2 : Guide utilisée pour les entretiens avec les intervenant-e-s

• Comment concrétisez-vous la prise en charge avec le médecin/l'infirmière ?
• Comment faites-vous pour impliquer le médecin/l'infirmière pour répondre à ces besoins ?
• Comment évaluez-vous les besoins « interdisciplinaires » du patient ?
• Comment communiquez-vous avec le médecin/l'infirmière ?
• Que communiquez-vous avec le médecin/l'infirmière ?

« grille de complexité [25] » qui leur permet d'identifier ces situations.

5) Organisation d'une première réunion avec le médecin et l'infirmière pour explorer en équipe toutes les dimensions de la pratique interdisciplinaire. Les modalités de fonctionnement sont précisées. Un plan de prise en charge interdisciplinaire est construit conjointement par les intervenants avant d'être finalisé avec le patient, puis implanté. Les modalités du suivi sont éprouvées au regard des résultats attendus et réajustés au fur et à mesure des rencontres interdisciplinaires. Les processus et les outils manquants sont identifiés afin d'améliorer la pratique des intervenants et le système dans son ensemble.

6) Organisation de réunions individuelles et d'équipe subséquentes, selon les besoins du patient choisi et selon les besoins de validation/ajustement des nouveaux processus et des nouveaux outils.

Environ 70 intervenants (médecins traitant, infirmières, psychologues, psychiatres et physiothérapeutes) ont été impliqués. Les réunions sont uniques ou répétées (selon les équipes, entre une et cinq réunions). À ce jour, plus de 120 entretiens d'une heure ont été menés.

L'élaboration d'interventions globales fait suite à l'analyse de chacune de ces situations spécifiques, des problématiques rencontrées et de la formulation d'objectifs pour y remédier. La collecte d'information de suivi des interventions se fait auprès des mêmes acteurs-clés, de manière continue. Elle permet également d'accompagner les éventuels changements de processus et d'affiner les besoins lors de l'élaboration d'éventuels nouveaux outils (voir plus loin).

Afin d'aborder de manière systémique la prise en charge des situations complexes, cette exploration s'effectue en étroite collaboration avec les responsables de plusieurs organisations de soins genevoise dont dépendent ces intervenants, ou avec lesquelles ils sont appelés à collaborer pour la prise en charge interdisciplinaire et inter institutionnelle : Institution genevoise de maintien à domicile,

Cité générations, Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève, Coopérative de soins infirmiers et Pharmagenève. D'autres structures assurent un support stratégique ou technique nécessaire à la réalisation de ce projet : Association des médecins du Canton de Genève, Direction générale de la santé du Canton de Genève, Medical-link, Logival et La Poste.

Résultats

Rôles et responsabilités de l'équipe

Si le malade complexe est difficile à prendre en charge, c'est parce que son profil et ses besoins requièrent des compétences larges et diverses, tant dans le domaine de la santé physique que sur le plan psycho-social et environnemental. La valeur-ajoutée d'une prise en charge en équipe ne vient pas seulement de son plus grand champ d'expertise, comme cumul des compétences individuelles, mais du fait de la mise en commun de ces compétences grâce à une nouvelle dynamique d'équipe.

L'équipe interdisciplinaire – composée du malade, des proches-aidants, du médecin traitant, de l'infirmière à domicile et de tout autre intervenant jouant un rôle-clé dans la situation – se réunit au domicile de la personne soignée ou au cabinet du médecin. Cette réunion est très souvent la première occasion où tous les intervenants sont réunis physiquement pour discuter des problématiques du patient et des moyens pour les gérer. D'emblée, la richesse de l'échange autour d'une problématique précise, ainsi que la complémentarité des informations présentées, apparaissent. Rapidement, ce partage de connaissances et de compétences aide les intervenants à prendre une décision. Ce consensus d'équipe est d'autant plus solide qu'il reflète l'acceptation du principe de la décision d'équipe, la reconnaissance de la valeur de chaque intervenant et l'importance de ce type de décision pour le suivi du patient [12].

Le Plan de soins partagé

Durant les séances interdisciplinaires, les participants contribuent conjointement, donc à poids égal, à l'identification et à l'analyse des problématiques bio-psycho-sociales, afin d'en comprendre les causes et les effets.

Sur cette base, ils peuvent prioriser des objectifs, avant de décider des interventions et de la répartition des rôles. Il s'agit de l'application interdisciplinaire d'une méthode de résolution de problèmes [26-28], dans laquelle les objectifs et les interventions sont négociés pour l'obtention d'un consensus de prise en charge d'équipe acceptable et cohérent : le Plan de soins partagé (PSP).

Cette manière de procéder renforce la cohérence globale de la prise en charge, de même que la légitimité de chaque acteur du PSP à mettre en œuvre les interventions qui lui ont été attribuées. Le fardeau de la situation est partagé en équipe, éloignant l'impression d'échec thérapeutique individuel ou le rejet mutuel des responsabilités. La réunion interdisciplinaire suivante permet à l'équipe de faire le bilan des actions précédentes, voire de réajuster les objectifs et les rôles de manière itérative. Le tableau I propose un PSP, ainsi que quelques extraits de son suivi.

À noter que cette priorisation des problèmes selon la perspective spécifique à un malade et à son équipe n'exclut pas la mise en œuvre d'interventions basées sur les données probantes (décrites dans les guides de pratiques ou les itinéraires cliniques), si – et seulement si – elles sont pertinentes et adaptées à cette situation.

Le PSP permet également de construire une prise en charge plus proactive que réactive, des problèmes potentiels par la formalisation de signes d'alerte, la détermination d'attitudes et l'anticipation de moyens de communication.

Enfin, le PSP, légitimé par sa construction conjointe en équipe, est très utile pour les intervenants non membres de l'équipe nodulaire – mais néanmoins appelés à intervenir dans la situation complexe – en les aidant à prendre les bonnes décisions (services d'urgence par exemple).

La mise en œuvre du Plan de soins partagé et la coordination des soins

L'élaboration du PSP inclut une répartition des rôles ; il requiert donc une coordination continue visant à s'assurer que la stratégie mise en place par l'équipe est correctement implantée. Cela implique un suivi régulier et proactif du patient selon le PSP, son accompagnement pour la mise en œuvre des différents objectifs. Cette mise en œuvre nécessite également la mise à disposition des décisions et des informations aux membres de l'équipe et aux autres intervenants, enfin le partage des observations de suivi.

Des modèles de coordination sont notamment proposés par des assurances-maladies helvétiques : des *case managers* répondent ainsi aux besoins en matière de transition et de flux [29]. Or, les spécificités des situations complexes

Tableau I : Plan de soins partagé de M. G.E. (né en 1936)

	Visite de l'Infirmière : 16 février	Visite de l'Infirmière : 17 février	Visite du Médecin : 22 février	Visite de l'Infirmière : 25 février
Priorités de M. G.E. : ne pas causer de soucis à sa femme, actuellement hospitalisée pour pose prothèse hanche ; rester à domicile ; ne pas rester toujours tout seul Diagnostics médicaux : insuffisance cardiaque congestive, arthrose des genoux, cataracte Diagnostics infirmiers [39] : difficulté à la marche, isolement social, motivation à améliorer la prise en charge de sa santé, déficit visuel, risque d'alimentation déficiente				
Rencontre interdisciplinaire du 15 février À domicile, avec M. G.E., Infirmière et Médecin				
Poids	Que M. n'augmente pas son poids à plus de 90 kg. M. G.E. : se pèse tous les jours Inf : vérification quotidienne du poids, surveillance œdèmes/dyspnée ; Méd. : Réserve diurétique si augmentation > 1 kg / 3 jours.	Enseignement thérapeutique fait ; Organisé pèse-personne avec gros chiffres ; poids = 90,5 kg (repas salé hier soir), légers œdèmes MI, pas de dyspnée.	Renforcement des messages ; envisagé bas de contention ; M. pas enthousiasmé par idée.	Poids 89 kg ; œdèmes MI stables ; bas de contention jugés trop difficiles à mettre par M.
Mobilité	Que M. ait une activité physique régulière malgré absence épouse : minimum 1 x 20 minutes à pied. M. G.E. : 1 sortie quotidienne 30 min accompagnée Inf : Organiser assistante communautaire pour sortie ; organiser restaurant communautaire à midi ; évaluer risque chute.	Sortie très appréciée par M. malgré douleurs des genoux 4/10 (pas autre symptôme) ; mobilité ok avec sa canne, env. 15 minutes à pied.	Gonalgies 3/10 accentuées suite aux sorties quotidiennes => poursuivre mobilisation mais prendre de manière fixe le traitement en réserve.	Antalgique efficace 1/10, poursuite de la mobilité à environ 2 x 10 minutes par jour avec assistante.
Nutrition	Que M. ait une alimentation adaptée malgré absence épouse et incapacité à se faire à manger. M. G.E. : dîners livrés ; midi au restaurant. Inf : organisation livraison repas 1 x / j ; restaurant communautaire 1 x / j, régime pauvre en sel.	Repas livrés sont appréciés ; M. autonome pour les réchauffer.		M. très content du restaurant : retrouvé ami d'enfance.

rencontrées dans ce contexte genevois de prise en charge ambulatoire ont montré que ce modèle de coordination administrative n'était pas une piste suffisante pour le suivi du PSP ; ces situations requièrent, en plus, la légitimité d'une présence – en termes de rôle soignant et de proximité physique – auprès de la personne malade et de ses proches.

Le modèle le plus acceptable et le plus pertinent semble être l'attribution d'une tâche de coordination à la personne compétente la plus proche du patient. Cette personne doit maîtriser le domaine clinique afin de faire une bonne analyse des situations aiguës ou chroniques, puis de prendre les bonnes décisions pour accompagner le malade. L'infirmière à domicile est en général la personne la plus appropriée pour remplir ce rôle en raison de sa polyvalence, de ses connaissances du réseau de santé comme du patient et de son environnement. Dans certaines situations, le rôle de coordination pourrait être attribué à un autre professionnel, voire à un proche-aidant particulièrement compétent et disponible pour cette responsabilité.

Patient et proche-aidant renforcés

Comme souligné par le CCM, l'autonomie des personnes malades et des proches-aidant doit être renforcée. Ce sont eux qui vivent 24h/24 et 7 jours/7 avec leurs problèmes et leurs conséquences, et qui doivent en porter le poids. Les rendre autonomes ne signifie pas seulement les informer des décisions des spécialistes : il s'agit de les rendre plus compétents dans la gestion quotidienne des problématiques rencontrées, mais surtout de les impliquer dans les processus décisionnels, donc de les rendre « experts » dans l'analyse de leurs difficultés et dans la participation au choix des interventions [30]. De cette manière, le malade et son proche-aidant deviennent des intervenants proactifs et autonomes, qui sollicitent les soignants de manière plus ciblée. L'implication de la personne soignée permet aussi à celle-ci de réaliser les relations de causes à effets entre ses habitudes de vie et les conséquences sur sa santé et son bien-être. Le malade et son proche-aidant prennent très facilement la place qui leur est faite, notamment lors des colloques interdisciplinaires évoqués précédemment et des décisions prises en commun et formalisées dans le PSP.

Le dossier patient partagé

En plus du PSP, différents éléments essentiels contenus dans le dossier patient doivent être partagés : la liste des contacts des personnes nécessaires à la prise en charge et

leurs coordonnées, les rendez-vous planifiés et réalisés par ces mêmes intervenants, la liste des médicaments prescrits par différents médecins – et réconciliée par le médecin traitant et le pharmacien – ainsi que les différents rapports suivant une hospitalisation. Les résultats d'analyses et d'examen intéressent le médecin qui les a prescrits, mais ne sont pas forcément utiles pour l'équipe interdisciplinaire.

Informatique

Les dossiers patients électroniques facilitent la saisie des données de suivi et surtout leurs échanges entre intervenants.

Selon la législation suisse [17], tout ce qui est écrit appartient au patient, celui-ci pouvant donc demander d'en avoir une copie. Basé sur cet article de loi, le projet www.MonDossierMedical.ch a été lancé afin de faciliter l'accès aux documents-patient quelle que soit leur origine. Au travers d'un service web sécurisé, le malade peut interroger tous les serveurs informatiques et lire les documents le concernant. Il peut, de la même manière, allouer les droits d'accès aux intervenants de son choix : généralement son médecin traitant, l'infirmière à domicile, le proche-aidant et le spécialiste, ainsi que les services d'urgences.

Les intervenants du projet mené à Genève perçoivent clairement la valeur ajoutée d'une telle plateforme, qui facilite la transmission et l'accès à ces documents. Initialement, www.MonDossierMedical.ch contenait avant tout des informations rétrospectives (rapports, résultats d'examen, données administratives), ainsi que des informations concernant le suivi en cours (plan de traitement médicamenteux). Il a donc été décidé de numériser le PSP afin de disposer en plus d'un outil informatique de suivi prospectif. L'élaboration d'un tel outil rassemblant des données issues de différentes plateformes a nécessité des développements informatiques importants [31]. Une version numérique de cet outil sera bientôt en production (mi-2015) et à disposition des équipes pour obtenir leurs commentaires et leurs suggestions, de façon à ce que l'outil réponde aux besoins des pratiques et s'intègre aux processus institutionnels.

Le manque de temps

Le manque de temps est le principal problème pour le médecin traitant et l'infirmière à domicile, alors même que les situations complexes nécessitent énormément de ressources. Cependant, le temps de coordination est

considéré comme un bon investissement, dans la mesure où il permet d'éviter ou de mieux gérer bien des événements aigus non-planifiés. Le temps passé en équipe à explorer les problèmes et à distribuer les tâches clarifie les rôles et permet à chacun de se concentrer plus intensément sur les éléments dont il est responsable. Enfin, la possibilité pour un intervenant de partager les éléments de son suivi et de visualiser la progression du suivi effectué par les autres membres de l'équipe, facilite le jugement clinique et permet de gagner du temps.

Le financement des activités interdisciplinaires

Comme décrit précédemment, le système de financement des soins en Suisse est lié aux actes. Les prestations de coordination ne sont pas bien (re)connues par les assureurs, ce qui rend leur valorisation difficile et/ou hétérogène (reconnaissance variable de l'argumentation de l'infirmière ou du médecin, existence ou non de processus formalisés entre les soignants et les experts des assurances). Les médecins et les infirmières ont par ailleurs des réticences à facturer des prestations en « l'absence du patient », pensant que ce dernier protestera au moment de voir la facture (la coordination se fait la plupart du temps en l'absence du malade). Une rétribution adéquate des intervenants en charge de patients complexes est essentielle afin de ne pas réduire leur motivation à suivre ces derniers. Comme souligné par l'Organisation mondiale de la santé, « les soins de santé conçus en fonction de soins épisodiques ne peuvent répondre efficacement aux besoins des malades souffrant d'affections chroniques » [32]. L'ajustement du financement des soins est donc indispensable pour le suivi ambulatoire des malades complexes. L'introduction d'un système forfaitaire par capitation [33], par exemple, fournirait une enveloppe budgétaire globale, par patient, ajustée selon ses risques. Une approche populationnelle, un budget plus prévisible, une meilleure latitude dans la fourniture des services et une incitation à une utilisation efficace des ressources font partie des avantages évoqués [34].

La satisfaction des malades et de leurs proches

Les personnes soignées sont presque toujours soulagées d'avoir une équipe de professionnels qui travaille de manière concertée et qui véhicule les mêmes messages issus des réunions d'équipe et des consensus obtenus à ces occasions. Elles se sentent également rassurées d'avoir pu prendre les décisions difficiles durant ces réunions et

de savoir qu'elles seront suivies par tous (choix d'une fin de vie à domicile pour une situation de soins palliatifs, par exemple). Bien plus, le malade se sent soutenu au-delà de l'équipe puisque les objectifs partagés seront transmis par les professionnels aux spécialistes consultés.

Discussion/Conclusion

Le système de santé suisse est fragmenté : il tend à faire obstacle à la prise en charge – dans toute la complexité de leurs situations individuelles – des personnes atteintes de maladies chroniques et affrontant différents problèmes bio-psycho-sociaux. Les expertises individuelles des professionnel-le-s, des patient-e-s et de leurs proches pourraient être potentialisées si les pratiques s'intégraient dans un système plus propice à cette prise en charge, comme préconisé notamment par le *Chronic Care Model* [6, 5].

À Genève, un projet de type « recherche-action » proche du terrain et des métiers permet d'explorer les pratiques, d'identifier les besoins et d'initier le changement. Les résultats suivants ont été obtenus à ce jour :

- Une approche centrée sur la maladie (*disease management* [35]) n'est pas adaptée à la complexité de ces situations. Les intervenants privilégient une prise en charge multidimensionnelle centrée sur la personne, similaire au *case management* [29], et assurée par une équipe d'intervenants proche de la personne soignée.
- Une approche d'équipe représente clairement une valeur ajoutée pour le patient et ses proches : les messages sont plus cohérents, les rôles et responsabilités de chacun sont claires, les priorités précisément identifiées et partagées.
- La reconnaissance réciproque de la valeur des interventions effectuées par chacun des membres de l'équipe requiert apprentissage, ouverture et bienveillance : cela garantit la cohésion des pratiques d'une part, la cohérence de ses priorités d'autre part.
- La légitimité des différents membres de l'équipe doit être co-construite, de manière flexible selon les besoins spécifiques de chaque situation complexe.
- L'élaboration d'un Plan de soins partagé contribue à concrétiser et à légitimer l'approche interdisciplinaire et à garantir sa spécificité à la complexité de la situation de la personne concernée.
- La continuité de cette approche d'équipe interdisciplinaire doit être garantie ; elle nécessite une coordination qui doit dépasser la fragmentation des métiers,

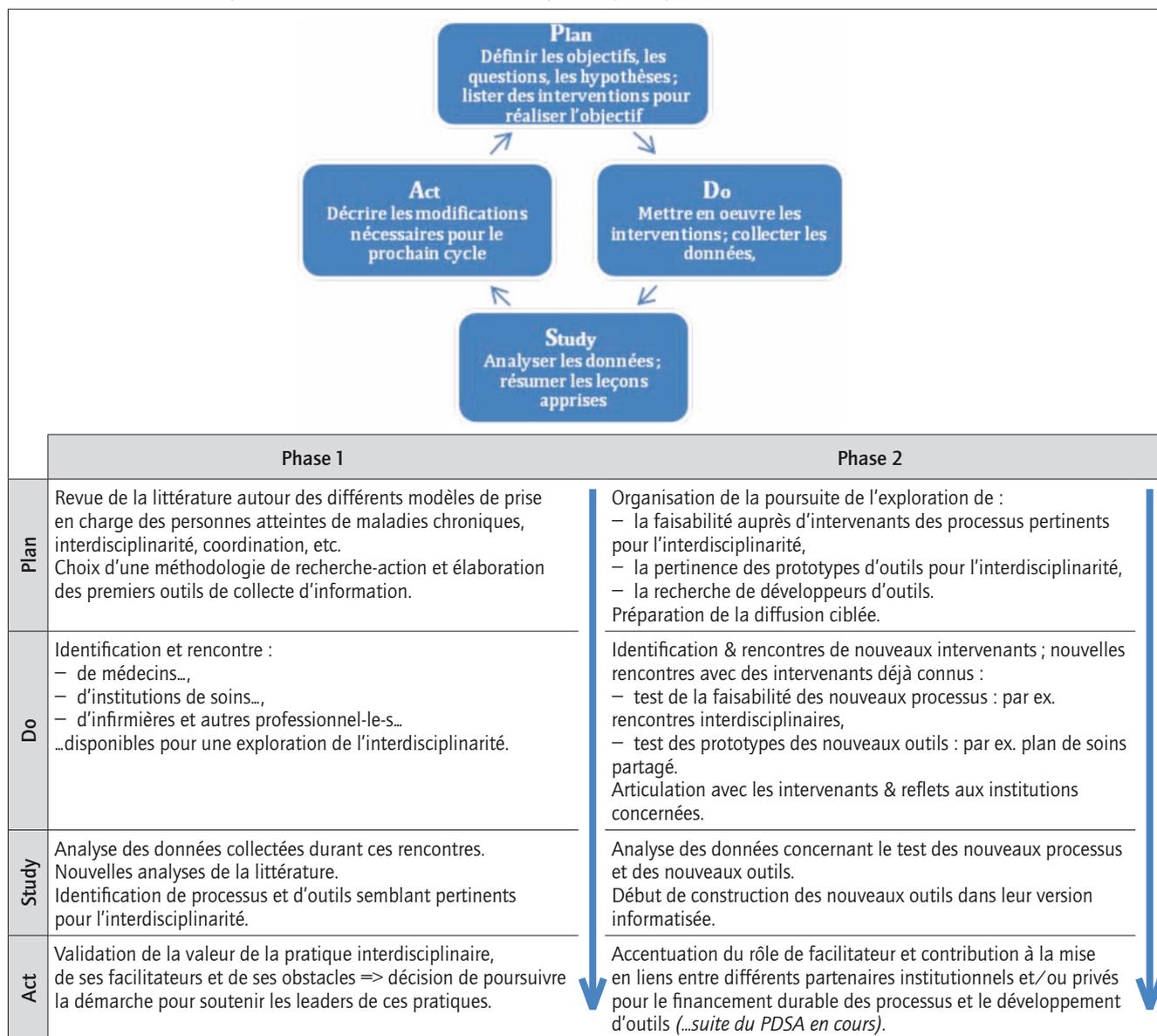
comme celles des institutions et des moyens de communication.

- L'utilisation d'outils informatiques assure la rapidité de la circulation des informations ainsi que son accès aux seules personnes (malade, aidants, professionnels) concernées : la confidentialité est assurée sans perte d'efficacité. Le Plan de soins partagé accessible par www.MonDossierMedical.ch le permettra [31].
- Le financement des prestations – coordination comprise – devra être adapté afin de renforcer et de rendre durable la prise en charge interdisciplinaire et proactive indispensable aux situations complexes. Pour ce faire, un

travail étroit avec les décideurs du système de santé sera mené dès lors que le projet aura généré des données à même de les convaincre.

- Au-delà du noyau central formé de la personne malade, de ses proches, du médecin traitant et de l'infirmière à domicile, la notion d'équipe sera élargie selon les besoins pour intégrer au projet d'autres professionnel-le-s intervenant sur la même situation (assistantes en soins, assistantes médicales, assistantes sociales, diététiciennes, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes, etc.). La démarche cyclique qualitative décrite précédemment (encadré 3) était le choix d'une méthodologie qualitative

Encadré 3 : Démarche en cycle selon le Modèle Plan – Do – Study – Act (PDSA) [40]



propice à l'introduction du changement des pratiques : au plus près des réalités des milieux concernés, elle a permis d'identifier les grandes lignes des obstacles et des bonnes pratiques, comme de prioriser les axes de développement potentiels. Comme ailleurs [36], elle a amené des prises de conscience individuelles et institutionnelles, et déclenché des changements en termes de processus et d'outils que nous présenterons ultérieurement.

Une méthode spécifiquement adaptée [24, 37, 23] à la suite de projet est en cours d'élaboration. Elle apportera des éléments différents qui permettront d'accompagner l'introduction effective des changements et leurs effets, avec des informations utiles pour les intervenants et pour les décideurs. À terme, ce projet devrait permettre d'évaluer l'impact de cette prise en charge sur la fragilité des patients, sur leur taux d'hospitalisation et sur leur satisfaction. Le contexte actuel – démographie de la population soignée, réflexions sur les pratiques, les rôles et le financement des soins – nous y pousse.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Les auteurs remercient tou-te-s les intervenant-e-s associé-es à ce projet pour le partage de leurs pratiques et de leurs expériences.

Références

- Tarricone R, Tsouros AD. Home care in Europe: the solid facts. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2008. [Cited: 29-7-2011] 46 p. ISBN 978 92 890 4281 9. Available from: <www.euro.who.int>.
- Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ*. 2001;323(7314):685-8.
- Waldvogel FA, Schusselé-Fillietaz S, Balavoine JF. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Rev. Med. Suisse*. 2012;8(340):1022-4.
- Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, Correa-de-Araujo R, Daniel M, Epplin J, *et al*. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr. Soc*. 2012;60(10):E1-E25.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-9.
- DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-based uring: a guide to clinical practice. St-Louis, MO (USA): Elsevier Mosby; 2005.
- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 2002;324(7350):1350.
- Anonymous. Geneva Declaration on Person-centered Care for Chronic Diseases. *Int J Pers Cent Med*. 2012;2(2):153-4.
- Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care Management of Patients with Complex Health Care Needs. Princeton (USA): Robert Wood Johnson Foundation; 2009. [Cited: 15-12-2011] 6 p. Available from: <www.policysynthesis.org>.
- Schibli D, Hodel M. Rapport du Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » de la CDS et de l'OFSP. Berne (Suisse) : Confédération Suisse & Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé ; 2012. [Cited: 4-5-2012] 32 p. Available from: <www.gdk-cds.ch>.
- Gittel JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork methods for accountable care: relational coordination and TeamSTEPS®. *Health Care Manage Rev*. 2014; e-published May 2014.
- OECD/WHO. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. OECD Publishing; 2011. [Cited: 12-4-2012] 159 p. ISBN 978-92-64-12091-4 (PDF). Available from: <www.oecd.org>.
- Brunn M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques : concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique*. 2013;25(1):87-94.
- Rossini S, Legrand-Germanier V. Le système de santé : politique, assurances, médecine, soins et prévention. Lausanne (Suisse) : Presses Polytechniques et Universitaires Romandes ; 2010.
- Confédération suisse. La protection des données au cabinet médical. Berne (Suisse) ; 2014 [Cited: 19-4-2014] Available from: <www.edoeb.admin.ch>.
- ASSM, FMH. Bases juridiques pour le quotidien du médecin : un guide pratique. Bâle et Berne (Suisse) : Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) & Fédération des médecins suisses (FMH) ; 2008. [Cited: 19-4-2014] 131 p. Available from: <www.fmh.ch>.
- Vilpert S. Médecins de premier recours – Situation en Suisse et comparaison internationale, Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (Obsan); 2012. [Cited: 7-1-2013] 91 p. Available from: <www.obsan.admin.ch>.
- Oldham J. Achieving large system change in health care. *JAMA*. 2009;301(9):965-6.
- Reason P, Bradbury H. Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition. New York (USA): SAGE; 2006.
- Mad P, Johansson T, Guba B, Wild C. Clinical Pathways: Systematic Review of outcome parameters and effectiveness. *Ludwif Boltzmann Institut*; 2008. [Cited: 6-8-2014] 64 p. Available from: <http://hta.lbg.ac.at>.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. *Analysing qualitative data*. *BMJ*. 2000;320(7227):114-6.
- Legare F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, *et al*. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane. Database. Syst. Rev*. 2010;(5):CD006732.
- Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane. Database. Syst. Rev*. 2012;4:CD006560.
- Institution genevoise de maintien à domicile. Définitions des déterminants pour l'identification d'une situation complexe. Genève : Document interne; 2013. 1 p. Available from: <www.imad-ge.ch>.
- Brouseau T, Chouinard J, Lambert J, Lévesque D. Guide d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec; 2010. [Cited: 15-3-2013] 25 p. Available from: <www.irdpq.qc.ca>.

27. Haute Autorité de santé (HAS). Réunion de concertation pluridisciplinaire. HAS : Saint Denis la Plaine (France) ; 2014. [Cited: 8-8-2014] 3 p. Available from: <www.has-sante.fr>.
28. Lewis C, Hoffmann ML, Gard A, Coons J, Bichinich P, Euclid J. Development and implementation of an interdisciplinary plan of care. *J Healthc Qual.* 2005;27(1):15-23.
29. Gobet P, Galster D, Repetti M *et al.* Le case management en contexte – Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif. Lausanne (Suisse) : Éditions EESP ; 2012.
30. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
31. Morel D, ed. Business requirements "shared dashboard" V 01.04. Genève (Suisse) : Document non publié ; 2014. 21 p. contenu élaboré avec les membres du Groupe « Plan de soins partagé » du projet www.MonDossierMedical.ch de la Direction générale de la santé.
32. Organisation mondiale de la santé. Des soins novateurs pour les affections chroniques. Genève : 2003. [Cited: 26-8-2014] 110 p. Available from: <www.who.int>.
33. Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *The Milbank Quarterly.* 2001;79(1):81-113.
34. Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, *et al.* Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems/ Considérations de principe pour l'adoption de la capitation dans les systèmes de santé intégrés. Ottawa CA : Canadian foundation for healthcare improvement / Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ; 1999. [Cited: 1-9-2014] 5 p. Available from: <www.fcass-cfhi.ca>.
35. Linden A, Butterworth SW, Roberts N. Disease management interventions II: What else is in the black box? *Dis.Manag.* 2006;9(2):73-85.
36. Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scand. J Caring. Sci.* 2002;16(4):360-7.
37. Muth C, Beyer M, Fortin M, Rochon J, Oswald F, Valderas JM, *et al.* Multimorbidity's research challenges and priorities from a clinical perspective: the case of "Mr Curran". *Eur J Gen. Pract.* 2014;20(2): 139-47.
38. Michele Moroz SA. La prise en charge de la maladie chronique – Améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de maladies chroniques : modèle de soins de longue durée. *Act Réadapt Card Préval Mal Cardiovasc.* 2007;15(1):1-4.
39. NANDA International, AFEDI, AQCS. Diagnostics infirmiers : Définitions et classification 2012-2014. Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson ; 2013.
40. The W. Edwards Deming Institute. The PDSA Cycle. 2014 [Cited: 19-4-2014] Available from: <www.deming.org>.