

Multimorbidité et interprofessionnalité en médecine de famille

Drs DANIEL WIDMER^a et SÉBASTIEN JOTTERAND^b, FRANÇOISE NINANE^c,
MARIE-PAULE FAUCHÈRE^e, Pr THOMAS BISCHOFF^d et Dr LILLI HERZIG^f

Rev Med Suisse 2016; 12: 937-41

L'avenir de la collaboration interprofessionnelle pour faire face à la multimorbidité peut être abordé à trois niveaux: l'organisation du système, la coordination des soins et la défense de la relation personnelle entre le patient et son soignant et entre soignants (médecin, pharmacien, infirmière, auxiliaire de soins, travailleur social). Le développement des systèmes innovateurs doit laisser une large place à la relation qui doit primer sur le contrôle et la maîtrise.

Interprofessionnal care and multimorbidity in family medicine

The future of interprofessionnal care for multimorbid patients can be considered at 3 levels: organisation of the system, coordination of care and promotion of relationship between patients and careers and between careers (doctor, pharmacist, nurse, health and social workers). The development of innovating systems must consider and prioritize the relationship over control and management.

INTRODUCTION

Notre monde fait face à une transition épidémiologique, autrement dit, les maladies aiguës infectieuses se voient remplacées par des maladies chroniques liées au vieillissement de la population. Avec l'âge, la même personne souffre souvent de plusieurs maladies chroniques nécessitant auprès d'elle une équipe soignante. Le souhait de la population de rester le plus longtemps possible à domicile met l'accent sur les soins ambulatoires. L'utilité d'une collaboration interprofessionnelle pour faire face à ces défis n'est plus à démontrer. Mais comment faut-il organiser et pratiquer cette collaboration?

En Europe, une multitude de systèmes de collaboration de soins coexistent, tantôt centralisés, avec des organisations nationales, tantôt basés sur des initiatives locales.¹ Mais l'interprofessionnalité n'est pas seulement une affaire d'organisation, c'est aussi une pratique de terrain. En l'absence de recommandations cliniques claires pour la multimorbidité (MM), avec des cultures professionnelles différentes, comment travaille-t-on auprès du patient, comment avec lui, établit-on des priorités dans une telle complexité? On rappellera que la

complexité est faite d'incertitude et de la difficulté d'arriver à un consensus entre les protagonistes.²

La collaboration interprofessionnelle peut être abordée à trois niveaux: l'organisation du système (niveau *macro*), la coordination des soins (niveau *méso*) et la relation personnelle entre le patient et son soignant (niveau *micro*).³ Les points développés dans cet article peuvent souvent se retrouver à plusieurs de ces niveaux: nous nous sommes limités aux enjeux les plus importants à nos yeux.

ORGANISER LE SYSTÈME

L'interprofessionnalité semble une réponse évidente aux yeux du monde politique, pour assurer les besoins sanitaires de la population et pour utiliser au mieux les ressources financières avec les professionnels de santé disponibles.

Dans ce travail d'organisation, les autorités européennes commencent souvent par un inventaire (*mapping*) des pratiques dans chaque pays puis sélectionnent les meilleures pour élaborer des recommandations.

En Europe, on trouve une très grande variabilité de systèmes de soins primaires, comme de relations interprofessionnelles.¹ Certains proposent l'expérience américaine qui, au cœur du capitalisme néolibéral, a forgé de grandes machineries de *managed care*.

MÊLER LES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

L'interprofessionnalité est une manière de mettre en complémentarité les compétences de différentes professions de soins autour d'un patient multimorbide. Un responsable des soins devrait idéalement être nommé en tant que coordinateur ou «leader»,⁴ en respectant le choix du patient. Le plus souvent, il s'agira du médecin de famille, mais au besoin il peut aussi s'agir d'une infirmière référente.

Les politiciens ont toujours rêvé de voir faire les choses par des soignants qui coûtent moins cher, et par conséquent moins formés. Pourtant, la littérature n'a pas démontré d'avantages à un tel déplacement.⁵ Au contraire, c'est la présence d'une équipe hautement qualifiée qui diminue la mortalité.⁶

Il convient que les projets sanitaires soient élaborés de façon interprofessionnelle dès le départ. Une plateforme d'interpro-

^aAvenue Juste-Olivier 2, 1006 Lausanne, ^bRoute de Trévelin 38, 1170 Aubonne, ^cPMU, ^dInstitut universitaire de médecine de famille, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^eAssociation romande des assistantes médicales, Route de Saxonne 20, 1966 Ayent
drwidmer@belgo-suisse.com | sjot@bluewin.ch | francoise.ninane@chuv.ch
marie.fauchere@bluewin.ch | thomas.bischoff@hospvd.ch | lilli.herzig@hin.ch

fessionnalité dans les soins de santé primaire a été créée en Suisse (à l'initiative de Médecins de famille et de l'enfance (MFE)) et a établi une liste de critères renforçant cette collaboration (www.interprofessionnalite.ch).

ENJEUX FINANCIERS

Prendre en charge des situations complexes de patients multimorbides nécessite du temps: temps auprès du patient, en communication interprofessionnelle pour une bonne coordination des soins et temps pour la gestion administrative. Il faut donc réfléchir au financement du temps dans l'ensemble des soins.⁷ On doit éviter de surcharger les soignants par une bureaucratie justificatrice: le temps qu'ils passeront à s'occuper de gestion financière ne sera pas consacré au patient.

ÉCHANGE D'INFORMATIONS

Les échanges d'informations sont indispensables à une bonne collaboration et doivent s'organiser aux trois niveaux – *macro*, *méso* et *micro*!

Que ce soit pour le canton, la Confédération ou l'Europe, les responsables de la santé publique essaient de mettre en place des systèmes d'échange d'informations «interopérables», traduisibles d'un système local à un autre. L'Union européenne développe une stratégie pour le marché numérique appelée «la santé en ligne», marché en plein développement où les enjeux politiques, médicaux, scientifiques, commerciaux se mêlent à l'intérêt des patients. Les enjeux économiques sont immenses pour la croissance de l'emploi et de l'industrie! On peut donc s'attendre à voir les objectifs de l'industrie informatique interférer avec ceux de la santé en créant de la surmédicalisation. Les systèmes de *mobile-health* (applications d'autodépistage, automonitoring) pourraient générer des angoisses avec un recours inutile au système de santé. Une attention particulière devra être portée à ce qui est utile et à ce qui ne l'est pas. La protection des données sensibles doit aussi être une tâche qui incombe à la santé publique.

ÉCHANGER ENTRE PROFESSIONNELS

L'échange entre professionnels est d'abord un échange d'informations. Il s'agit d'avoir accès aux mêmes données médicales. Cela peut se faire sur une plateforme informatique commune, mais rien ne remplacera le dialogue direct!

Pour une prise en charge des patients polymédiqués, corollaire de la MM, avoir une liste commune de médicaments permet d'éviter interactions et erreurs de prescription.⁸ La maîtrise de cette liste reste difficile dans des systèmes sans portail unique avec des prescripteurs multiples. Le dossier informatique avec des codes d'accès est en voie d'introduction dans les cantons de Vaud et de Genève, moyennant la création d'incentifs encourageant patients et soignants à y participer.

Mais il y a un autre type d'échanges indispensables qui relève de la connaissance mutuelle des soignants entre eux et avec leurs patients. Si l'on privilégie la communication non pas au sens

de l'information mais au *sens de la relation* et d'un soin centré sur le récit, on pourra parler des relations interprofessionnelles comme d'une communauté narrative.⁹ Pour cela, il faudra un espace protégé, semblable aux contextes de supervision, loin des questions hiérarchiques et administratives. Ce n'est que grâce à cette connaissance mutuelle que la coordination des soins aboutira à une prise en charge adaptée au patient.

ÉTABLIR UN PLAN DE SOINS PARTAGÉS

Dans le canton de Vaud, un plan de soins s'établit au Centre médico-social. Ce plan est basé sur l'évaluation RAI (*Resident Assessment Instrument*), en usage dans toute la Suisse et qui repose «sur l'identification des besoins, ressources et préférences du patient».¹⁰ Le RAI structure l'anamnèse de l'infirmière et lui permet de mesurer les besoins du patient. Il permet aussi le monitoring des soins pour les autorités de santé publique et la planification nécessaire. C'est aussi un outil de gestion. De son côté, le médecin peut établir avec son patient un *plan de prise en charge* tenant compte de ses différentes maladies. Il s'agit d'un programme individualisé pour chaque patient. A l'avenir, le rôle de la coordinatrice de soins ambulatoires (formation accessible aux assistantes médicales) pourrait être central pour le suivi de ce plan.

L'utilisation d'outils informatisés créant d'immenses fichiers de données (big data) peut aboutir à une médicalisation de l'existence.¹¹ Les soignants risquent aussi de passer de plus en plus de temps en activité de monitoring ou derrière leurs écrans, ce qui peut avoir un impact négatif sur le raisonnement clinique et les échanges interprofessionnels.¹²

ORGANISER VERTICALEMENT OU HORIZONTALEMENT

Dans notre système médical, organisé autour de spécialités, des filières interdisciplinaires ont été créées (par exemple, équipes oncologiques ou prise en charge psychiatrique) afin de mettre en commun les compétences de différents professionnels de santé. Il s'agit d'une organisation dite *verticale*, centrée sur une maladie. Elle peut certainement avoir son utilité dans certaines situations nécessitant des soins très pointus.

Pour un patient multimorbide cependant, il devient difficile de se référer à plusieurs filières juxtaposées au risque d'une fragmentation des soins¹³ et d'une multiplication du nombre d'intervenants. De Maeseneer¹⁴ préconise alors une organisation dite *horizontale*, centrée sur les soins primaires, à même de pouvoir coordonner et prioriser les besoins d'une personne atteinte de MM.

L'équipe autour d'un patient multimorbide devrait idéalement rester suffisamment petite pour permettre une bonne communication et des échanges rapides entre soignants. Un responsable coordinateur devrait être identifié, auquel le patient puisse s'adresser pour l'ensemble de ses problèmes. Le coordinateur convoquera au besoin le ou les spécialistes nécessaires dont les avis (parfois contradictoires) seront évalués par l'équipe avec le patient, avant de décider d'une attitude. Une telle organisation, où peut-être toutes les guidelines ne sont pas

appliquées à la lettre, bénéficie de clairs avantages. On parle dans la littérature du paradoxe des soins primaires.^{15,16}

Rappelons que le rôle de coordinateur est l'un des rôles de la médecine de famille selon la Wonca, l'Association mondiale de la médecine de famille.

PROMOUVOIR L'INDÉPENDANCE DU PATIENT

Il ne s'agit pas que de la vie indépendante à domicile mais aussi de la capacité de décider pour soi. Actuellement, on rappelle aux soignants l'importance de donner le pouvoir aux patients (*empowerment*) ou de les activer (*activated patient*). Un «patient activé» aura probablement moins de plaintes quant à des problèmes de coordination dans les soins qu'un patient passif.¹⁷ Certaines critiques se sont élevées autour de cette idéologie de *l'empowerment* qui demande au patient de faire «librement» ce que la société lui impose. Par ailleurs, ce serait surtout des patients socialement favorisés qui pourraient jouir d'*empowerment*.¹⁸ Cependant, une bonne éducation thérapeutique intègre les croyances et les représentations de la personne malade, y compris son éventuelle tendance à la passivité.

SE PRÉOCCUPER DE LA SURMÉDICALISATION

Avec différentes professions intervenant auprès d'un patient, l'idée de ce qui est bien pour lui peut varier. Balint a parlé de fonction apostolique pour décrire ce phénomène où «l'agenda» du soignant prime sur celui du patient. L'addition des agendas peut amener pour le patient à trop de médecine ou trop de soins:¹⁹⁻²¹ pour éviter la surenchère, une évaluation de l'utilité des pratiques est nécessaire en même temps qu'une vision critique des enjeux de pouvoir.¹⁸

RESTER EN RELATION

L'interprofessionnalité fait courir le risque d'oublier la relation personnelle, nécessaire à des soins efficaces, en se concentrant uniquement sur l'organisation, les outils standardisés et les plateformes informatiques. La prise en charge d'un patient multimorbide, soucieux de sa qualité de vie, nécessite d'abord une relation et un dialogue pour établir avec lui ses priorités. Comment se fait cette priorisation et quel est le rôle de chacun, du médecin, de l'assistante médicale, de l'infirmière et du patient lui-même? Une étude qualitative autour de la question de la priorisation faite à l'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne fait l'objet d'un autre article dans ce numéro.

RESTER CENTRÉ SUR LE PATIENT

Les soins centrés sur le patient semblent être invoqués par toutes les professions comme la clé des bonnes pratiques, même avec des compréhensions différentes selon la culture professionnelle des intervenants. Si la médecine centrée sur le patient peut être vue comme la garantie que le pouvoir est remis au patient, certains auteurs se demandent si ce discours ne renforce pas les divergences entre les professionnels¹⁸ avec des conflits de pouvoir sous-jacents.

D'autre part, l'organisation d'un marketing centré sur le client qui offre des «aménités»¹⁸ peut augmenter le taux de satisfaction sans offrir des soins utiles. La Wonca préfère ainsi parler de *médecine centrée sur la personne*: ce concept ne se limite pas à l'homme malade mais intègre toutes ses dimensions.^{22,23}

La réflexion éthique est aussi indispensable quand des valeurs différentes se rencontrent dans la prise en charge interprofessionnelle des situations de soins à domicile.²⁴

APPROCHE CONSTRUCTIVISTE DE LA MÉDECINE NARRATIVE

La médecine narrative, décrite par Launer,²⁵ peut être le cadre de références pour penser les relations interprofessionnelles autour du patient multimorbide.⁹ Il s'agit d'une attention portée au récit du patient et des soignants débouchant sur une construction commune. Les récits encouragent l'empathie, suscitent l'interprétation, permettent de donner du sens et ont une vertu thérapeutique.²⁶ La médecine narrative est une réponse indispensable, si on la remet au cœur des dimensions *macro*, *méso*, et *micro* de la multimorbidité. Elle donne du sens à la personne malade et aux professionnels qui l'entourent.

DÉVELOPPER L'ENSEIGNEMENT

L'éducation à une culture interprofessionnelle devrait faire partie intégrante de toute formation en santé, en réunissant des étudiants de plusieurs professions apprenant à connaître le rôle de chacun avec un programme d'enseignement commun. La commission Lancet²⁷ décrit le «tribalisme» professionnel comme un obstacle à ce développement: hyperspécialisation des enseignants et standards rigides d'accréditation. La mise en œuvre de ces projets n'est pas tâche facile et exige un soutien politique et financier.²⁸⁻³⁰ Des compétences interprofessionnelles doivent être élaborées parmi lesquelles on notera le développement de la réflexivité.³¹

CONCLUSION

La multimorbidité déclenche des changements dans l'organisation des soins et l'interprofessionnalité fait partie des réponses aux besoins d'une population vieillissante et multimorbide. L'interprofessionnalité met en commun des compétences complémentaires autour d'une personne malade, mais nécessite davantage de coordination, d'information, de communication et de collaboration entre les professionnels. Des outils informatiques adéquats devront être conçus pour offrir de l'aide et ne pas devenir des barrières relationnelles ou des gouffres à monitoring et à surmédicalisation. Devant les multiples enjeux *macro* et *méso*, on risque d'oublier la relation personnelle malade-soignant ainsi que la relation entre soignants.³² Nous espérons que l'on saura laisser sa place à la liberté de construire ensemble des récits.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une bonne prise en charge de la multimorbidité dépend de l'organisation du système de santé, de la coordination, de la communication entre soignants et du respect des priorités et des choix du patient
- Un enseignement interprofessionnel devrait être introduit dans la formation de toutes les filières concernées
- Les outils informatiques doivent devenir des aides de communication et non des gouffres à monitoring, à surmédicalisation ou au seul bénéfice de l'industrie

1 McCarthy M. Sustainable general practice: Looking across Europe. *Br J Gen Pract* 2016;66:36.

2 Widmer D, Herzig L, Bischoff T. Complexité, médecine générale et réformes des systèmes de santé. *Rev Med Suisse* 2011;7:1883-7.

3 Roy DA, Litvak E, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population: moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Montréal: Le point en administration de la santé et des services sociaux, 2010.

4 Wattis J, Curran S. *Practical management and leadership for doctors*. London: Radcliffe Pub, 2011;134.

5 Martínez-González N, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: A systematic review. *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14031. Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2015.14031>

6 * Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and

hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824-30.

7 Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. General practitioner's remuneration methods: What consequences? *Exercer* 2015;52-63.

8 Abrecht L, Anchisi A, Widmer D, et al. Gérer un semainier à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile. *Rev Med Suisse* 2014;10:2246-51.

9 * Clark PG. Narrative in interprofessional education and practice: Implications for professional identity, provider – patient communication and teamwork. *J Interprof Care* 2014;28:34-9.

10 Halfon P, Cambra M, Harkness G, et al. La méthode RAI-HC. *Prim Care* 2015; 15:84-6.

11 ** Gori R, Del Volgo MJ. La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël, 2005;270.

12 Varpio L, Rashotte J, Day K, et al. The EHR and building the patient's story: A qualitative investigation of how EHR

use obstructs a vital clinical activity. *Int J Med Inform* 2015;84:1019-28.

13 * May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339:b2803.

14 * De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Demarzo M, Sewankambo N. Tackling NCDs: A different approach is needed – Authors' reply. *Lancet* 2012; 379:1873-4.

15 Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2015;13: 456-65.

16 Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7: 293-9.

17 Maeng DD, Martsolf GR, Scanlon DP, Christianson JB. Care coordination for the chronically ill: Understanding the patient's perspective. *Health Serv Res* 2012;47:1960-7

18 * Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care* 2015;29:113-8.

19 Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire: agir est-il toujours justifié en médecine de famille? *Rev Med Suisse* 2014;10:1052-6.

20 Widmer D. Care and do not harm: Possible misunderstandings with quaternary prevention (P4) comment on «Quaternary prevention, an answer of family Doctors to over medicalization». *Int J Health Policy Manag* 2015;4:561-3.

21 Widmer D. Philosophical roots of quaternary prevention. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2015;10:1.

22 Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann*

Fam Med 2011;9:100-3.

23 Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J* 2011;15:63-9.

24 * Corbaz P, Quinche F. *Ethiques pour les soins à domicile*. Chêne-Bourg: Ed. Médecine et Hygiène, 2015.

25 ** Launer J. *Narrative-based primary care: A practical guide*. Abingdon, Oxon, U.K.: Radcliffe Medical Press, 2002.

26 Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: Why study narrative?* *BMJ* 1999;318:48-50.

27 * Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923-58.

28 Chen F, Delnat CC, Gardner D. The current state of academic centers for interprofessional education. *J Interprof Care* 2015;29:497-8.

29 Junod Perron N, Perone N, Kruseman M, Bischoff A. Formation interprofessionnelle: une exigence pour une approche intégrée des soins? *Rev Med Suisse* 2008;4:2030-3.

30 Junod Perron N, Cerutti B, Picchiotto P, et al. Needs assessment for training in interprofessional skills in Swiss primary care: A Delphi study. *J Interprof Care* 2014;28:273-5.

31 Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983;374.

32 Saultz JW. Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Ann Fam Med* 2005;3:159-66.

* à lire

** à lire absolument