

Intégrer les soins pour gérer la complexité

La prise en soins des situations complexes – avec la complexité définie comme l'écart entre les besoins des personnes concernées et les services supposés y répondre - présente des défis majeurs pour les systèmes socio-sanitaires :

- Au niveau micro-systémique, les **besoins** réels peinent à être identifiés et les **réponses** sont fragmentées :
 - les guidelines se focalisent sur des maladies spécifiques, rarement sur la multimorbidité, et encore moins sur les besoins des personnes concernées ;
 - les priorités des professionnel·les et celles des personnes concernées sont souvent divergentes ;
 - la place et l'autonomie des personnes malades et des proches ne sont pas considérées comme centrales ;
 - les professionnel·les se focalisent sur leur cœur de métier respectif (social ou santé), peinent à lire les besoins dans leur globalité, et proposent ainsi des réponses fragmentées voire incompatibles entre elles ;
 - les compétences interprofessionnelles et partenariales des personnes impliquées peinent à se déployer dans les pratiques quotidiennes.
- Aux niveaux meso- et macro-systémiques, l'écart entre les **besoins et les réponses** est le paradigme dominant :
 - les organisations, tout comme les formations de leurs professionnel·les, sont généralement pensées dans une logique d'hyperspécialisation ;
 - les financements, les cadres de pratiques, les lois, etc. sont souvent élaborés selon une logique de silos qui fait fi de toute pratique collaborative ;
 - les supports de communication et les dossiers patient/client/bénéficiaire ne sont pas interopérables.

Au cœur des missions du fmc, l'intégration des soins apporte des réponses à cette fragmentation et permet de **réduire l'écart** entre les besoins des personnes concernées et les services proposés pour y répondre.

I. Identifier les situations complexes

Dans un premier temps, l'utilisation formelle d'une grille permet de confirmer de manière systématique et globale que la situation présente des caractéristiques de complexité du point de vue du/de la professionnel·le qui la remplit. Ces caractéristiques sont en lien avec les besoins (ex : littéracie de la personne soignée, type de pathologie, difficultés sociales) ou avec les réponses (ex : interactions insatisfaisantes, faible degré de concordance entre les acteurs). Ces caractéristiques sont classées en six domaines (cf. annexe) : Patient·e, Médicales, Socio-économiques et familiales, Acteurs, Interactions entre acteurs, Instabilité.

Dans un second temps, l'analyse de l'impact de ces caractéristique sur la prise en soins, permet de décider si la situation requière une prise en soin intégrée. Le remplissage de la grille et son analyse peuvent se faire tout d'abord individuellement, c'est-à-dire de manière mono-professionnelle. Ensuite, des processus collaboratifs interprofessionnels sont nécessaires pour décider de la pertinence (ou pas) de la prise en soins intégrée.

II. Prise en soins intégrée de la complexité en équipe coordonnée

Si la prise en soins intégrée est jugée pertinente par les acteurs impliqués, alors une série de **processus** collaboratifs en **équipe** sont indispensables. Les **équipes** sont composées des personnes malades, de leurs proches et des professionnel·les. Les **processus** mobilisent des compétences interprofessionnelles (ex : clarification et négociation des rôles, gestion des différends, communication, prise de décision partagée, etc.) et nécessitent, de la part des personnes impliquées, une reconnaissance de leur interdépendance et une valorisation de tous les savoirs, qu'ils soient professionnels ou expérientiels.

Concrètement, ces processus collaboratifs nécessitent généralement des interactions itératives, y compris des rencontres, afin que les patient·es, leurs proches et les professionnel·les puissent se mettre d'accord sur un plan de prise en soins partagé (*shared care plan*). Ce plan formalise les

décisions prise de manière partagée : les priorités, les objectifs, la répartition des tâches, les moyens de communication, le processus de réévaluation du plan de soins, etc.

Ce shared care plan est pensé de manière holistique et spécifique à chaque situation. Il peut inclure des objectifs variés : par exemple un objectif en lien avec la gestion administrative, un autre en lien avec la gestion d'une maladie, encore un autre en lien avec la prévention de l'épuisement du proche aidant. En outre, chaque objectif est généralement décliné en différentes tâches, attribuées selon les compétences des personnes impliquées. Ainsi, la personne malade peut gérer de manière autonome certains aspects de sa maladie (ex : surveillance de son poids, prise de médicaments), tandis que le proche (ex : préparer des repas adaptés) et les professionnel·les ont d'autres responsabilités (ex : suivi d'une plaie, inscription aux prestations complémentaires).

Ces processus d'équipe favorisent l'autonomie de la personne malade, la satisfaction des professionnel·les et les améliorent l'efficacité de l'utilisation des ressources, notamment.

III. Outils informatiques

Afin de soutenir les processus d'équipe, des outils informatiques cliniques sont nécessaires. Par exemple, un plan de soins partagé informatisé permet aussi bien la traçabilité des décisions évoquées ci-dessus que leur suivi. D'autres outils, tel que le plan de médication, sont précieux. Comme de nombreuses situations complexes sont prises en soins par des équipes interinstitutionnelles, ces outils informatisés doivent être interopérables entre les différents systèmes primaires.

Pour une approche plus populationnelle, des registres de situations complexes, par exemple, pourraient fournir des informations pertinentes.

IV. Un système soutenant les processus d'équipe

Au niveau meso-systémique, les institutions doivent soutenir et encourager les processus d'équipe. Au niveau macro-systémique, ces processus nécessitent des financements adaptés aux pratiques collaboratives évoquées précédemment. Enfin, le cadre légal autour de la responsabilité des décisions prises de manière partagée en équipe, doit être adapté.

Forum suisse des soins intégrés (fmc), 2025

Sources

- ASSM. (2020). *La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé : Charte 2.0*. Académie suisse des sciences médicales (ASSM). www.samw.ch
- Careau, E., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Deslauniers, M., & Museaux, A.-C. (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : Guide explicatif* (p. 23). Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval. www.rcpi.ulaval.ca
- CPIS. (2024). *Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux* (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS)). <https://cihc-cpis.com/resources/publications/>
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., LeRoy, L., & AHRQ MCC Research Network. (2014). A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Medical Care*, 52 Suppl 3, S7-S14. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000045>
- Perone, N., Schusselé Filliettaz, S., Budan, F., Schaller, P., Balavoine, J.-F., & Waldvogel, F. (2015). Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. *Revue Française de Santé Publique*, 27(S1), 77-86. <https://doi.org/doi.org/10.3917/spub.150.0077>
- Perone, N., Schusselé Filliettaz, S., Waldvogel, F., Sommer, J., Schaller, P., & Balavoine, J.-F. (2022). Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle. *Rev.Med.Suisse*, 18, 560-565. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.774.560>
- Rosenmann, T., Bachofner, A., & Strehle, O. (2024). Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schweiz – Prävalenz und Versorgung. *Praxis*, 113(03), 57-66.

Annexe : Caractéristiques de la complexité et leur impact sur la prise en soins

(Source : Perone et al. 2022)

TABLEAU 1 Caractéristiques de la complexité et leur impact sur la prise en soins		
Caractéristique de la complexité	Présente	Présente et contribuant à rendre la prise en charge complexe ou difficile
Patient		
Âge avancé (≥ 75 ans)		
Faible niveau de littératie ^a		
Barrière de communication		
Dépendance pour les activités de la vie quotidienne		
Médicale		
≥ 2 maladies somatiques et/ou problèmes chroniques		
≥ 1 maladie somatique et/ou problème mal contrôlé		
≥ 5 médicaments au long cours		
Gestion médicamenteuse difficile (patient et/ou professionnel)		
Delirium, démence, trouble mnésique ou autre trouble cognitif		
Comportement addictif (alcool, jeu, substances)		
Schizophrénie ou autres troubles psychotiques		
Troubles de l'humeur		
Troubles anxieux ou agressivité, troubles somatoformes		
Retard mental, troubles des apprentissages ou du développement		
Troubles alimentaires/sommeil, traits de personnalité inadaptés		
Socio-économique et familiale		
Situation financière précaire		
Problème d'assurance		
Accès difficile aux prestations de soins/sociales		
Difficultés à concrétiser ses engagements sociaux, professionnels ou familiaux		
Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
Acteurs		
Multiplés professionnels		
Manque de professionnels		
Multitude de proches aidants et/ou membres de la famille		
Manque de proches aidants et/ou membres de la famille		
Implication déficiente du proche aidant		
Interactions entre acteurs		
Interactions insatisfaisantes, insuffisantes ou infructueuses		
Priorités et projet(s) de vie discordants entre les acteurs		
Faible degré de concordance thérapeutique entre les acteurs		
Agressivité verbale et/ou physique, conflit entre les acteurs		
Résistance ou opposition aux soins		
Inquiétude du patient et/ou proche aidant		
Charge émotionnelle et/ou épuisement des acteurs		
Perturbation de l'homéostasie/Instabilité		
Dégradation récente de l'état de santé et/ou de l'autonomie		
Risque d'événements indésirables		
Sollicitations imprévues récurrentes des professionnels, des proches aidants		
Perte de contact		
Période de transition		

^aCapacité limitée à trouver de l'information, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer sa propre santé ou de développer son autonomie.