



# Soins intégrés: comment accompagner un changement de culture ?

Rev Med Suisse 2010; 6: 2302-5

F. Ninane  
J.-B. Daepfen  
O. Bugnon  
A. Pécoud

## Integrated care: how to support a culture change?

The primary care center at Lausanne University Hospital trains residents to new models of integrated care. The future GPs discover new forms of collaboration with nurses, pharmacists or social workers. The collaboration model includes seeing patients together or delegating care to other providers, with the aim of improving the efficiency of a patient-centered care approach. The article includes examples of integrated care in consultation for travelers, victims of violence, pharmacist medication adherence counseling, medico-social team work for alcohol use disorders and nurse practitioners' primary care for asylum seekers.

La policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) propose aux médecins en formation de se familiariser avec de nouvelles prestations de soins intégrés. Il s'agit pour la nouvelle génération de découvrir de nouveaux modes de collaboration, que ce soit avec des infirmiers, des pharmaciens ou des assistants sociaux. Sur le terrain, cette collaboration peut prendre différentes formes: on voit le patient ensemble, des tâches sont déléguées ou de nouvelles prestations sont développées. Dans tous les cas, l'objectif est de viser une prise en charge plus efficiente, tenant compte de l'ensemble des besoins des patients. Le propos est illustré par quelques exemples: médecine des voyages, de la violence, consultations du pharmacien pour l'adhésion thérapeutique, binôme médico-social en alcoologie ou première ligne infirmière dans le réseau de soins des requérants d'asile.

*J'écoute et j'oublie  
Je vois et je comprends  
Je fais et je me souviens*  
Proverbe chinois

## INTRODUCTION

Soins intégrés, «managed care», réseaux, «integrated primary care», collaborations interprofessionnelles...

Chaque semaine, ces appellations font les titres de la presse médicale et de la «grande presse»: explications, prévisions, éditoriaux, prises de position, etc. Le train est parti puisque nos parlementaires l'ont décidé. Il entraîne son lot d'incertitudes, source d'inquiétude et de méfiance pour certains, d'espoirs pour d'autres. Que se cache-t-il derrière ces termes? Une incitation à la collaboration entre intervenants de la santé d'horizons différents pour améliorer les soins? Une *gate-keeping* qui restreindra la liberté des patients et des médecins? Une volonté de déléguer les soins à des professionnels moins rémunérés?

Tout n'est donc pas joué mais peut-être vaut-il la peine de retenir une définition porteuse d'espoir: dans ces modèles de soins, la collaboration est définie comme un acte collectif de personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacun séparément.<sup>1</sup>

On le sent: ce développement sous-entend un changement de culture. La génération des médecins qui travailleront dans ces structures sera différente. Les cadres exerçant leur activité d'enseignement dans une Policlinique médicale universitaire (PMU) et dans un Département de médecine et santé communautaires se sentent concernés par ce défi: ils ont chaque jour devant eux la génération des médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, personnel administratif qui feront que ces systèmes fonctionneront pour le bénéfice des malades... ou non. Nous souhaitons transmettre dans cet article la façon dont les soins intégrés, au sens des collaborations transdisciplinaires, sont actuellement enseignés dans la formation postgrade. Pour nos jeunes professionnels de santé en formation qui seront demain immergés dans la société, nous ne croyons pas qu'il suffit d'écouter cours et exposés sur le sujet, nous avons choisi le «faire» c'est-à-dire de



les mettre en situation de pratiquer ces modèles.

Si rien ne vaut la pratique pour retenir un enseignement, cela ne suffit pas : il faut que l'apprenant comprenne le *sens* de son activité.

## QUEL EST LE SENS DE VOULOIR TRAVAILLER ENTRE PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS ?

Une analyse approfondie des différents rôles assumés dans des modèles existant depuis plusieurs années met en évidence trois types de buts recherchés.

### Augmentation de l'offre

Dans ces cas de figure, et à titre d'exemple, des infirmières de pratique avancée et/ou des pharmaciens, assurent de nouveaux services qui n'étaient pas disponibles jusqu'alors (prise en charge de programmes pour les patients atteints de maladies chroniques ou promotion d'une meilleure qualité de soins dans les établissements.) Le but principal poursuivi est de promouvoir la continuité et la qualité des soins, alors que la réduction des coûts peut être un bénéfice secondaire.<sup>2,3</sup>

### Amélioration de la qualité de l'offre

La personne au bénéfice de soins ou d'une démarche préventive reçoit une prestation plus complète, mieux coordonnée, plus professionnelle donc potentiellement plus efficiente.

### Substitution de tâches

Certaines activités, traditionnellement réalisées par les médecins, le plus souvent, sont transférées à d'autres intervenants tels que les infirmières de pratique avancée et/ou des pharmaciens. Le but principal recherché est de faire face à la pénurie médicale et, éventuellement, de réduire les coûts.

Ces trois cas de figure peuvent bien sûr se retrouver, voire se mélanger dans une même activité.

## ACTIVITÉS FORMANT AUX SOINS INTÉGRÉS À LA PMU ET AU DUMSC

Nous présentons ci-dessous quelques activités qui illustrent les différents buts recherchés dans une dynamique de soins intégrés à la PMU et au DUMSC (Département universitaire de médecine et santé communautaires). Dans chacune d'entre elles, des médecins en formation travaillent chaque jour en étroite collaboration avec des infirmières, des assistants sociaux ou des pharmaciens. La description de ces activités fait ressortir avantages et difficultés de ces relations interdisciplinaires, ainsi chacune de ces activités prépare le jeune professionnel de santé aux interactions nécessaires dans le futur.

### Soins intégrés motivés par une augmentation de l'offre

Le Centre de vaccination et médecine des voyages de la PMU travaille dans un modèle qui combine les compétences pluridisciplinaires pour en maximiser l'efficacité. Dans ce service, les voyageurs sont reçus en consultation par des

infirmières, des médecins ou des pharmaciennes spécialement formés en médecine des voyages. En fonction des particularités ou besoins de chaque patient, les compétences des autres membres de l'équipe sont rapidement à disposition, et il n'est pas rare que l'infirmière sollicite la pharmacienne au sujet d'une interaction médicamenteuse ou le médecin en cas de polymorbidité. La supervision des consultations est assurée par des médecins aînés, spécialisés en infectiologie, et les séquences de consultations filmées à des fins pédagogiques sont analysées en équipe pluridisciplinaire.

L'Unité de médecine des violences, un service du DUMSC du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), accueille sur rendez-vous les personnes victimes de violence.<sup>4</sup> Au cours de la consultation menée par l'infirmière, la victime va en premier lieu raconter l'événement qui l'amène à consulter. L'infirmière réalise ensuite un examen physique complet, à la recherche de traces, actuelles ou anciennes, de lésions. Elle oriente alors le patient dans le réseau en fonction de sa situation particulière. Au départ du patient, l'infirmière rédige un constat médico-légal de coups et blessures, première pièce qui permettra à la victime de déposer plainte et de faire reconnaître ses droits de victime. Ce constat sera discuté et cosigné par un médecin légiste. A tout moment de la consultation, l'infirmière peut bénéficier de la supervision d'un médecin légiste, et c'est d'ailleurs ce spécialiste qui forme en cours d'emploi toute nouvelle collaboratrice infirmière de ce service.

La Consultation d'adhésion à la pharmacie de la PMU est une opportunité donnée aux médecins traitants de référer leurs patients à la pharmacie pour investiguer une «résistance pharmacologique» au traitement prescrit, voire pour mettre en place un plan de gestion des risques médicamenteux pour des thérapies complexes comme des anticancéreux oraux, anti-VIH, immunosuppresseurs, etc. L'objectif central vise donc à aider le patient à acquérir des connaissances, des compétences personnelles et des motifs de motivation sur le long terme. Selon le modèle interdisciplinaire mis en place, le médecin prescrit les médicaments de son choix en spécifiant «pilulier, pour aide à la compliance». Le médicament est reconditionné dans un semainier électronique de type MEMS qui enregistre le profil de prise du médicament (horaire et fréquence de prises). Le pharmacien imprime le rapport d'adhésion et en discute avec le patient au cours d'un entretien motivationnel. Le rapport d'adhésion est ainsi complété par des informations sur les difficultés rencontrées, les effets indésirables, les résultats thérapeutiques et les solutions envisagées. Le rapport du pharmacien est transmis au médecin via le patient lui-même ou par un moyen électronique (mail, fax). Ce retour d'informations est essentiel pour consolider la continuité des soins et l'efficacité des médicaments, comme le prouvent les recherches menées à la PMU.<sup>5,6</sup>

### Soins intégrés permettant d'augmenter la qualité des soins

#### Soins intégrés en alcoologie: exemple du dispositif EVITA (évaluation, indication, traitement ambulatoire)<sup>7</sup>

Fondé sur des structures existantes et sur leur expérience dans le domaine, le dispositif EVITA doit permettre



d'orienter les personnes dépendantes de l'alcool vers un traitement adapté, au bon moment et pour la bonne durée. Le binôme EVITA est constitué d'un assistant social de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et d'un médecin-assistant du Service d'alcoologie du CHUV. Il procède à une évaluation au terme de laquelle un profil de sévérité de l'usager dans les différents domaines évalués est établi: risque d'un sevrage compliqué, problèmes médicaux, comorbidités psychiatriques, répercussions socio-professionnelles, motivation au changement, environnement familial. Ces éléments sont restitués à l'usager avec qui un travail de motivation est entrepris, afin d'optimiser son adhésion à un projet de soins.

EVITA permet aux médecins-assistants de se «frotter» à une pratique clinique dans la communauté, à l'intérieur des centres médico-sociaux, dans les institutions socio-éducatives, voire au domicile des patients. Ils expérimentent l'approche centrée sur le patient en appréhendant avec leur partenaire social le patient sous tous les angles, avec le défi de faire coïncider des soins médicaux de qualité avec la réalité sociale, les valeurs, la culture et les habitudes de vie du patient. C'est une expérience qui leur permettra peut-être, lorsqu'ils seront en cabinet, de mieux aborder le patient dans sa globalité et de collaborer avec les partenaires non médecins s'occupant de leur patient. Expérience riche et appréciée par la plupart, elle l'est parfois au prix du choc des cultures médico-sociales: craintes, incompréhension; le chemin de nouveaux modes de collaboration pour soigner ensemble est parfois semé d'embûches!

#### **Secteur «Assistance pharmaceutique et formation» de la Pharmacie de la PMU**

Ce secteur organise une rotation de pharmaciens régulièrement mis à contribution pour répondre à des questions scientifiques de la part de leurs collègues. A cette date, environ 60% des questions viennent des infirmières mais celles de médecins ou de dentistes sont en forte progression depuis le lancement de cette prestation en 2008. Les interactions médicamenteuses représentent encore 50% des questions mais il est de plus en plus souvent demandé aux pharmaciens des analyses de médication (*medication reviews*) visant le meilleur choix médicamenteux pour des cas de patients polymédiqués.

#### **Soins intégrés prévus pour une substitution des tâches**

##### **Centre de santé infirmier (CSI)**

Ce centre est un service de la PMU qui assume la prise en charge sanitaire des requérants d'asile attribués au canton de Vaud. Les infirmier(ère)s sont en première ligne dans un réseau de soins, le réseau Farmed, pour accueillir et orienter les requérants dans leurs besoins de santé sur un modèle de *managed care*.<sup>8</sup> Un bilan de santé est réalisé par l'infirmière dans les premières semaines qui suivent l'arrivée du requérant. Ce bilan comprend une anamnèse complète, un examen clinique systématique et une mise à jour de la vaccination, selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Des conseils de prévention individuels complètent cet entretien. Par la

suite, et pour tout besoin en lien avec sa santé, le requérant d'asile devra consulter une infirmière qui le référera, si nécessaire, à un médecin de premier recours. L'équipe infirmière réalise donc un travail de *gatekeeping*, et assure un rôle de première ligne dans un réseau de soins. La collaboration étroite entre l'équipe infirmière du CSI et les médecins du réseau est un élément essentiel qui repose sur la reconnaissance des compétences de chaque discipline, sur le partage d'informations au service du patient et sur la formation continue commune à travers, par exemple, les modules «Santé et migration» suivis en commun. L'équipe doit faire preuve d'un haut niveau de compétence car sa position de «porte d'entrée» dans le système de santé, pour ces populations fragilisées, en fait un acteur stratégique de santé publique. Les ajustements de la pratique nécessaires pour rencontrer les besoins de la population précarisée sont optimisés par les compétences de type «pratique avancée», par «un savoir infirmier réflexif, critique et autonome».<sup>9</sup> Un fort accent est donc mis dans ce service sur la formation continue obligatoire, le coaching médical et l'analyse de situations cliniques.

#### **CONCLUSION**

Nous avons décrit une série d'activités qui permettent aux professionnels de santé de demain de se familiariser avec les soins intégrés: notre but est qu'ils comprennent mieux les modèles de soins qui se préparent afin qu'ils puissent ainsi participer au processus de création, en gardant toujours en tête l'intérêt du patient.

La formation décrite ci-dessus survient dans la phase postgraduée. Mais, toujours dans le but de participer à un changement de culture, nous avons aussi pensé à intervenir plus tôt dans la formation, c'est-à-dire au niveau de l'étudiant; c'est ce qui est réalisé avec le «Module d'immersion communautaire» pour les étudiants en médecine de troisième année et, tout récemment, en partageant une journée de travail avec les infirmières d'un «Centre médico-social» ou en visitant la Pharmacie de la PMU pour y découvrir ce qu'ils peuvent attendre de la collaboration avec un pharmacien.

S'appuyant sur des compétences professionnelles de haut niveau, ces modèles s'inscrivent aussi dans l'académisation des sciences infirmières, avec l'ouverture du programme de Master à l'Université de Lausanne. La pratique infirmière avancée, enseignée à la Faculté de biologie et de médecine, permet un contact étroit et clinique entre les disciplines médicale et infirmière.

La Pharmacie de la PMU est très impliquée dans le programme d'enseignement de la dernière année des études en pharmacie, ce qui donne l'occasion de présenter l'esprit de collaboration de la PMU et de sensibiliser les étudiants aux principes du modèle professionnel de «Collaborative pharmacy practice»<sup>10</sup> qui définit les prestations cliniques réalisées par des pharmaciens en collaboration avec d'autres acteurs de santé dans le but de soutenir les patients, les professionnels de santé et la communauté.

Ces modèles sont empreints d'une certaine richesse humaine, celle de créer des liens avec des partenaires ayant une autre expertise, en faisant le pari que cette rencontre



bénéficiera au patient qui a droit, par définition, à la prestation optimale. C'est donc une belle tâche que de les enseigner et d'encourager la recherche académique pour leur développement. Bien sûr ces modèles peuvent être pervertis, dévoyés: peut-être que des professionnels de soins qui en ont fait l'apprentissage sauront mieux veiller à éviter ces dérives...

Et finalement, avons-nous le choix de ne pas «oser» ces modèles? Beaucoup pensent qu'en raison de la pénurie de personnel, tant médical qu'infirmier ou pharmaceutique, qui semble inéluctable, les soins intégrés pourraient bien être la démarche qui sauvera l'essentiel... ■

### Implications pratiques

- > Les soins intégrés, au sens de collaboration transdisciplinaire, sont le modèle de soins de demain, et ils sont enseignés sur le terrain
- > Les soins intégrés sont motivés par la nécessité d'augmenter l'offre en soins, par le besoin d'améliorer la qualité de l'offre et pour faire face à la pénurie de personnel
- > En restant centrés sur l'essentiel, à savoir le soin au patient, les soins intégrés enseignés aux niveaux pré- et postgradués permettent aux générations de soignants de demain d'en comprendre le sens

### Adresses

Françoise Ninane  
Directrice des soins infirmiers  
Pr Olivier Bugnon  
Pharmacien-chef  
PMU, 1011 Lausanne  
Francoise.Ninane@chuv.ch  
Olivier.Bugnon@hospsvd.ch

Pr Jean-Bernard Daepfen  
Service d'alcoologie  
Pr Alain Pécoud  
Service de premier recours  
CHUV, PMU et Faculté de médecine de Lausanne  
1011 Lausanne  
Jean-Bernard.Daepfen@chuv.ch  
Alain.Pecoud@hospsvd.ch

### Bibliographie

- 1 D'Amour D. La collaboration interprofessionnelle: un choix obligé. In: Goulet O, Dallaire C, editors. Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives. Montréal: Gaétan Morin; 2002, p. 339-63.
- 2 \*\* Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée IRDES, rapport n° 1624. Paris: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 2006. Available from: [www.irdes.fr/Publications/Bibliographies/bibresu\\_som/2006/rap1624.htm](http://www.irdes.fr/Publications/Bibliographies/bibresu_som/2006/rap1624.htm)
- 3 Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles 2010. DOI:10.1787/18152015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- 4 Romain Glassey N, Blaquièrre C, Ninane F. Des infirmières en médecine légale en Suisse. Services sanitaires coordonnés 2010(1/10):63-5.
- 5 Schneider MP, Kruppenacher I, Figueroa H, Marquis J, Bugnon O. Adherence: A review of education, research, practice and policy in Switzerland. Pharmacy Practice 2009;7:63-73.
- 6 Kruppenacher I, Cavasini M, Bugnon O, Spirig R, Schneider MP. Antiretroviral adherence program in HIV patients: A feasibility study in the Swiss HIV cohort study. Pharm World Sci 2010, epub ahead of print.
- 7 Berdoz D, Chollet T, Kern F, Daepfen J. Implementation of a coordinated action plan of indications and follow-up for alcohol dependent patients in the state of Vaud. Rev Med Suisse 2007;3:1688-90.
- 8 Puig F, Ninane F, Bodenmann P. Un nouveau rôle: le gatekeeping infirmier. Krankenpfli Soins Infirm 2009; 102:48-51, 70-1.
- 9 Lapperrière H. Réflexion sur la pratique avancée en soins communautaires dans le contexte de vulnérabilité. L'infirmière clinicienne 2006;3:1-10.
- 10 Gray A. Collaborative practice – more than just task shifting. SA Pharmaceutical Journal 2010;77:44-7.

\* à lire  
\*\* à lire absolument