

Intermed

Nouveau modèle de coordination et d'accompagnement
proactif des patients atteints de maladies chroniques



Medi-Centre SA, Avenue Léopold-Robert 49, 2300 La Chaux-de-Fonds

Haute Ecole Arc Santé, Espace de l'Europe 11, 2000 Neuchâtel

La prise en soin des malades chroniques, polymorbides et polymédiqués est devenue un réel enjeu en terme de continuité des soins, qualité de vie et coûts de la santé (Koch, 2013; Observatoire suisse de la Santé, 2015). Le *case management* a été identifié comme étant l'approche la plus adaptée pour cette patientèle dont la complexité de la prise en charge reste un vaste défi pour le système de santé qui ne propose souvent pas de suivi réellement adapté à ses besoins. Les situations des patients se dégradent alors progressivement. Il s'avère qu'environ 30% des patients nécessiterait un suivi plus soutenu, sous forme de suivi thérapeutique et de soutien à l'autogestion (*care management*), ou même un suivi intensif, sous forme de gestion de cas (*case management*).

Dans ce contexte, et à l'initiative d'acteurs de soin sur le terrain, un nouveau modèle de consultation infirmière a été mis en œuvre. Ce modèle, baptisé « Intermed », s'inspire de cadres théoriques reconnus tels le Chronic Care Model (Coleman et al., 2009) et le Guided Care Model (Boult et al., 2009) Il promeut une prise en soin proactive et interprofessionnelle entre le médecin généraliste, l'assistante médicale et l'infirmière de soutien en premier recours (ISP) qui collaborent au sein d'un même cabinet.

Collaboration médico-infirmière

C'est le médecin de premier recours qui choisit de déléguer le suivi de ses situations complexes à l'ISP. Il s'agit par exemple de l'évaluation des besoins, l'élaboration d'objectifs et la mise en œuvre du plan de soin personnalisé. Le rôle du médecin est ensuite de superviser les activités de l'ISP. Le binôme médecin/infirmière organise son travail et définit leur rôles et responsabilités de manière transparente et complémentaire, ce qui favorise leurs relations professionnelles.

Profil et prestations de l'ISP (Infirmière de soutien en soins de premiers recours)

L'ISP est au bénéfice de cinq ans d'activité professionnelle auprès de patients atteints de maladies chroniques, possède une bonne connaissance du système de santé suisse et cantonal et détient un titre postgrade en éducation thérapeutique et en entretien motivationnel. Lors de ses consultations dans son bureau localisé au sein même du cabinet médical, elle propose d'une part une offre proactive de dépistage et d'éducation à la santé, et d'autre part un accompagnement infirmier intensif, de proximité et personnalisé (figure 1). Le rôle de l'ISP se décline en trois concepts principaux : *soutien*, *coordination*, *proactivité*. L'ISP se veut être un *soutien* et un pôle de ressources, tout d'abord pour le médecin avec lequel elle collabore. En effet, le temps qu'elle peut consacrer aux patients, supérieur à celui du médecin, en fait un pivot dans les actes de soutien au patient et d'évaluation. Ses compétences en pratique avancées lui permettent de seconder le médecin en examen clinique et éducation thérapeutique. Dans les situations de soins complexes, où une collaboration avec les infirmières à domicile et les autres professionnels de santé est indispensable, l'ISP soutient et

seconde ces professionnels pour leur permettre d'exercer leurs soins en complémentarité et continuité. Grâce au temps dont elle dispose, l'ISP peut prendre en charge des éléments souvent très chronophages tels que la *coordination* entre différents intervenants, l'organisation de réseaux, l'intervention auprès de tiers parfois difficiles à joindre (curateurs, administrations...). La proximité de l'ISP avec le médecin lui permet de facilement prendre les devants, anticiper dans une posture *proactive* et être entendue. Elle peut ainsi être un relais rapide entre ce dernier et les soignants facilitant des soins de qualité et une satisfaction professionnelle.

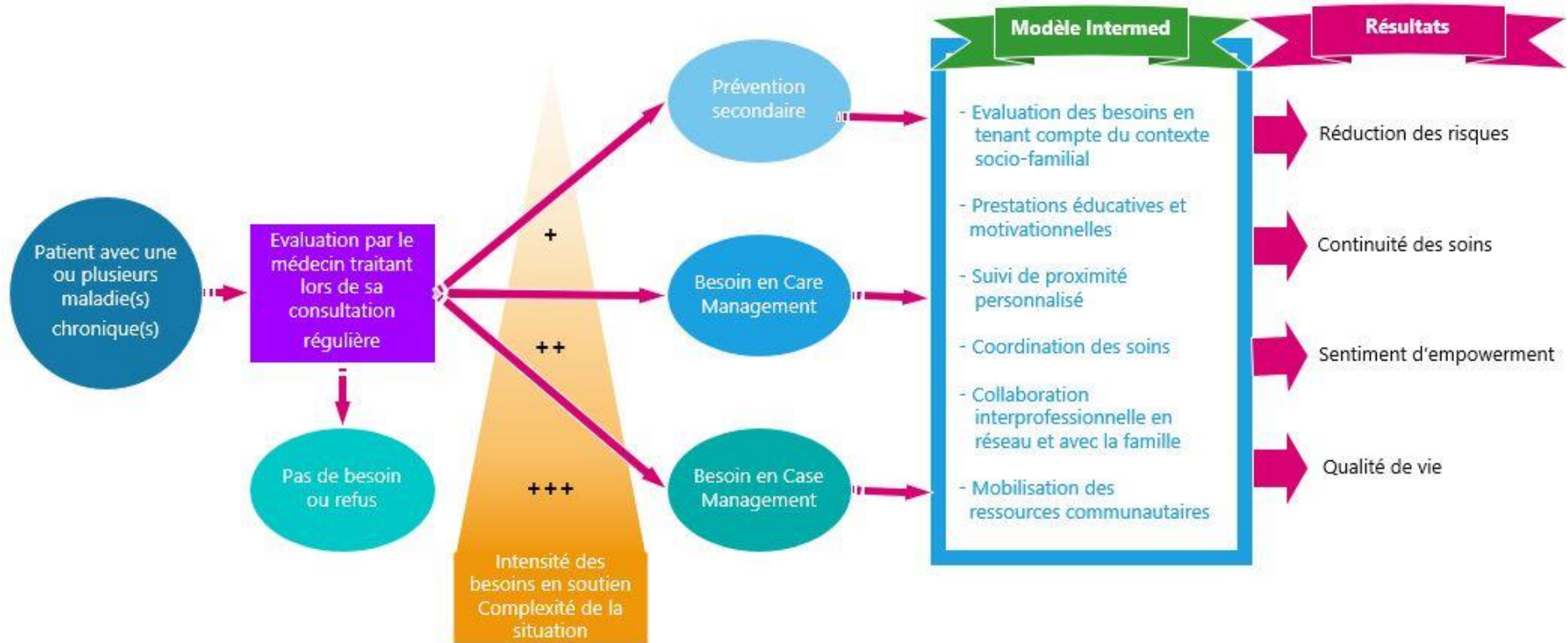
Evaluation du modèle

Le modèle Intermed a été testé durant 4 ans et a donné entière satisfaction tant aux médecins et autres professionnels de santé, qu'aux patients et leurs familles. Des plus-values importantes ont pu être mises en exergue. En ce qui concerne la relation au patient, le bénéfice est à considérer tout particulièrement dans la relation de proximité du patient et de ses proches avec le médecin et l'ISP, dans un suivi de proximité qui s'inscrit sur la durée et dans la cohérence avec les autres prestataires. Ce suivi a l'avantage de retarder voire éviter des hospitalisations à répétition et éventuellement un placement. Les patients se sentent mieux reconnus dans leurs compétences et, invités à développer leur autonomie, eux et leurs proches accroissent ainsi leur empowerment et leur capacité d'auto-soins. Au niveau des soignants, ce modèle revêt également un intérêt certain en ce qu'il met en valeur des compétences spécifiques de la profession, valorisant ainsi cette dernière et tout particulièrement le rôle propre infirmier. La mise en œuvre de ces compétences permet une reconnaissance mutuelle plus importante entre le médecin et l'infirmier-ère ainsi qu'avec les autres acteurs.

Limites du modèle

La limitation du modèle réside dans son financement. En effet, toutes les prestations infirmières extrahospitalières doivent être facturées en OPAS, indépendamment qu'elles soient effectuées par une infirmière Intermed ou un service de soin à domicile (OPAS, 2012), ce qui peut engendrer des difficultés de collaboration. Une alternative peut être le financement de l'infirmière comme étant salariée du médecin. Par ailleurs, les nouvelles dispositions législatives liées aux votations pour des « soins infirmiers forts » devraient pouvoir offrir de nouvelles perspectives de financement dans les années à venir. Il faudra toutefois veiller à ce que ce nouveau cadre inclue l'entier des activités réalisables par l'ISP.

Figure 1. Représentation du modèle Intermed et du processus de prise en soin.



Références

Boult, C., Giddens, J., Frey, K., Reider, L., & Novak, T. (2009). *Guided Care : A new Nurse-Physician partnership in chronic care*. Springer, Publishing Compagny.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>

Koch, U., de Falco, A. A., von Greyerz, S., Leutwyler, S., & Abel, B. (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) - 2017–2024*. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen /strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

Observatoire suisse de la Santé (Obsan). (2015). La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. *Rapport national sur la santé 2015*.

OPAS. (2012). Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.