

Association PRISM, Réseau Delta

# Changement organisationnel

L'exemple du suivi ambulatoire de l'insuffisance cardiaque

Nominé pour le  
prix de promotion 2011  
du Forum Managed Care

**Les taux de réhospitalisation précoce des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont très élevés. Or, des études montrent qu'il est possible de réduire ces taux de réhospitalisation en renforçant le secteur ambulatoire. Afin de réduire ces taux de réhospitalisation, un itinéraire clinique ambulatoire a donc été lancé à Genève. Cet article présente les démarches entreprises afin de soutenir et de renforcer le rôle des médecins de premier recours à Genève.**

L'insuffisance cardiaque est un problème majeur de santé publique en raison de sa chronicité, de sa prévalence élevée [1] et des coûts hospitaliers engendrés [6]. Malgré des soins plus performants grâce à des moyens thérapeutiques nouveaux et à des protocoles basés sur les évidences, les taux d'admission pour l'insuffisance cardiaque (IC) restent très élevés. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par exemple, 416 patients ont été admis pour IC en 2009 [2]. En outre, les taux de réhospitalisation précoce des personnes souffrant d'IC sont importants: ils étaient par exemple de 52% à trois mois en 2009 à Genève [2]. Ces hospitalisations étant également source de stress pour les patient-e-s et leurs proches, elles représentent donc un coût humain et financier considérable.

Constatant le poids élevé de l'IC sur le système de santé, plusieurs initiatives ayant pour objectif l'amélioration de la qualité de sa prise en charge ont été mises en œuvre à travers la mise en place d'itinéraires cliniques [4]. Ces itinéraires agissent généralement sur différentes composantes, dont l'amélioration des traitements médicamenteux et le suivi des recommandations thérapeutiques, la coordination des intervenants et la mise en œuvre de collaborations interprofessionnelles, mais ils visent également d'autres aspects centrés sur le patient tels que le développement de l'autonomie, la reconnaissance des signes d'alerte et les changements de comportements [1, 3, 5].

Ces constatations ont mené à la mise en place à Genève d'un projet de coordination de la prise en charge des patient-e-s présentant une IC, réunissant un réseau de médecins de premier recours (Réseau Delta), les HUG pour l'inclusion des patients insuffisant cardiaques, ainsi qu'une association visant à renforcer les liens entre patients et médecins de premier recours (Association PRISM) (fig.1). La description de ce processus de mise en place fait l'objet du présent document.

## Processus de mise en place, objectifs et évaluation

Après une décision prise en Assemblée générale par les médecins de premier recours (MPR) du Réseau Delta concernant le choix des itinéraires cliniques à mettre en place, un focus group Delta s'est réuni de manière itérative pour élaborer les interventions pertinentes dans le contexte genevois pour les patient-e-s souffrant d'IC. Soumises ensuite à leurs pairs pour discussion et approbation, ces interventions constituent la base d'un itinéraire

Figure 1: Le Réseau Delta et l'Association PRISM.

### Le Réseau Delta et l'Association PRISM

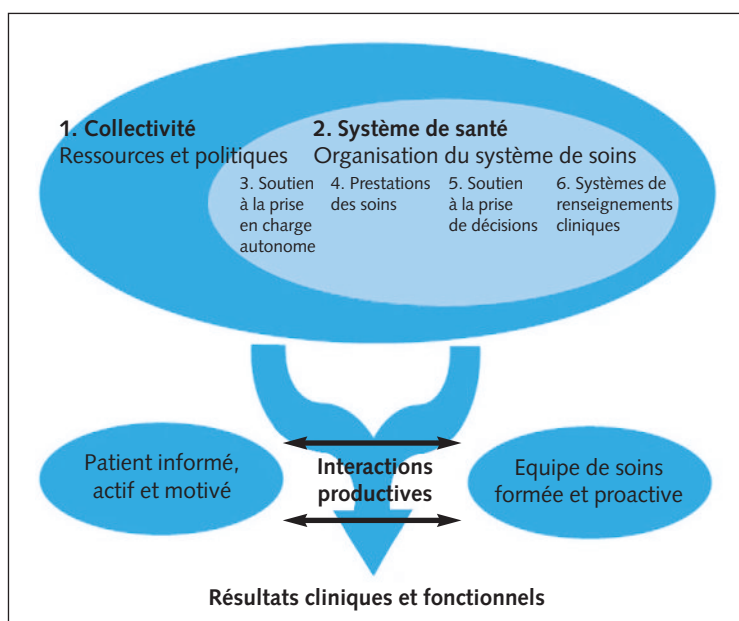


Le Réseau Delta réunit des médecins, généralistes et internistes, associés en un réseau de médecins de famille, dits aussi médecins de premier recours (MPR). Fondé en 1992 par les Docteurs Philippe Schaller et Marc-André Raetz, le Réseau Delta compte aujourd'hui plus de 200 médecins à Genève, 25 médecins sur le canton de Vaud et plus de 60000 assurés. Il collabore avec plus de 10 caisses-maladie. En signant une Charte, ces médecins s'engagent à améliorer la qualité des soins en participant notamment à des cercles de qualité et à des assemblées générales bisannuelles. Dans ce cadre, ils ont par exemple décidé de mettre en place des itinéraires cliniques pour différentes maladies chroniques.



L'Association PRISM – Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades – s'est créée en 2010 à Genève. Elle a pour but de soutenir et de fournir aux personnes ou aux institutions actives dans le domaine de la santé dans le canton de Genève l'aide et les moyens financiers nécessaires à développer des réseaux de soins, permettant: a) d'assurer une continuité de la prise en charge des malades présentant une pathologie chronique et/ou complexe, b) de coordonner et améliorer les soins entre tous les partenaires, c) de soutenir les patients dans leur autonomie en mettant en réseau les ressources de proximité, et d) de susciter ainsi un renforcement de la relation patient-médecin et l'émergence de nouvelles formes de coopération / de nouveaux métiers de la santé. PRISM regroupe des personnalités de différents milieux (médecins de premier recours, acteurs du secteur de la santé, académiques).

Figure 2: Le Chronic Care Model – version française telle que proposée par Michele Moroz 2007 [5].



clinique ambulatoire dont l'objectif est de réduire le taux de réhospitalisation précoce pour IC, et ainsi d'améliorer la qualité de vie des patient-e-s.

Cet investissement dans l'ambulatoire vise particulièrement à réduire les réhospitalisations et les consultations dans les services d'urgence, à renforcer le rôle du MPR en appuyant ses messages auprès de ses patient-e-s, et à faciliter la transmission de l'information entre le secteur hospitalier et ambulatoire.

Dans un premier temps, ce sont des indicateurs de processus qui permettent le suivi de l'implantation de ce nouvel itinéraire clinique ambulatoire. La mesure formelle de son impact est cependant prévue à plus long terme au moyen d'une recherche d'ores et déjà avalisée par les commissions d'éthique ad hoc. Deux indicateurs principaux seront utilisés pour comparer deux groupes de patient-e-s (interventions et contrôles): taux de réhospitalisation et qualité de vie.

### Une approche globale

Du point de vue méthodologique, les différentes interventions proposées dans cet itinéraire clinique peuvent être organisées dans un modèle de prise en charge des soins de longue durée (*chronic care model* [9], fig. 2). Ce modèle offre un cadre conceptuel global et éprouvé de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques, par un changement des pratiques, des contextes de soins ainsi que des interactions entre patients et intervenants.

La mise en œuvre d'une telle approche peut cependant s'avérer complexe notamment en raison des nécessaires adaptations des pratiques, des facteurs humains et contextuels, des nouveaux défis posés par l'interprofessionnalité et de la réorganisation d'un système de santé souvent fragmenté [7, 10].

De ce fait, il a été décidé de faire appel à une méthodologie éprouvée dans d'autres circonstances pour favoriser la mise en œuvre du nouvel itinéraire clinique identifié par les MPR Delta.

Figure 3: Phases du changement pour l'IC à Genève.

| Phases du changement          | Itinéraire clinique ambulatoire de l'insuffisance cardiaque   |
|-------------------------------|---|
| 1. Identification du thème    | Assemblée avec les médecins du Réseau Delta   |
| 2. Groupe de référence        | Focus groupe Delta → Elaboration d'un document de travail sur les questions essentielles autour de l'insuffisance cardiaque, accent mis sur l'interprofessionnalité           |
| 3. Choix de la méthode        | Recherche-action: groupes intervention et contrôle  |
| 4. Assemblée                  | Présentation de l'itinéraire clinique. Commentaires, atelier pour discussion, suivi d'un vote   |
| 5. Ateliers                   | Cercles de qualité en 10 séances de 15 médecins à chaque fois   |
| 6. Assemblée                  | Assemblée des médecins: nouvelle présentation de l'initiative, des coordinateurs et des outils  |
| 7. Analyse de terrain         | Rencontre des patients. Premiers contacts avec les médecins traitants. Révision de certains volets de l'intervention. Premiers suivis de patients et implication des médecins |
| 8. Seconde analyse de terrain | Premières inclusions dans l'étude   |
| 9. Ateliers                   | Cercle de qualité: retour avec expériences du terrain   |
| 10. Assemblée                 | Assemblée Delta: retour avec expériences du terrain   |
| 11. Partie action             | Extension du collectif de patients et de médecins   |
| 12. Ateliers                  | <i>Cercle de qualité: retour avec expériences du terrain*</i>   |
| 13. Assemblée                 | <i>Assemblée Delta: présentation de l'étude après 1 an*</i>   |
| 14. Assemblée                 | <i>Assemblée Delta ou autre occasion. Elargissement du collectif*</i>   |

\* en italique, phases non encore effectuées au moment de la rédaction de ce texte

## Accompagner le changement

La théorie du changement organisationnel propose un cadre théorique utile pour comprendre les entraves au changement et pour identifier les pistes susceptibles de contourner ces dernières. Cette approche a été mise en œuvre avec succès notamment par Sir John Oldham à divers échelons du système de santé au Royaume-Uni et à travers le monde [7]. Elle suggère non seulement de déterminer préalablement les données probantes et les bonnes pratiques, mais également de préparer et d'accompagner le changement au sein-même du système appelé à se les approprier.

En bref, le processus consiste à accompagner l'élaboration et la mise en œuvre de nouvelles pratiques en plusieurs étapes. Il s'agit d'un processus rigoureux qui permet l'apprentissage et qui induit le changement. Dans un

premier temps, le groupe très restreint des leaders choisit l'objet du changement, identifie les données probantes et les bonnes pratiques, et réfléchit aux buts et objectifs du projet (*focus group*). Ensuite, un groupe plus large de personnes soigneusement identifiées pour ce qu'elles pourraient apporter au projet reprend ces points et les discute afin qu'un consensus soit établi. Enfin, les intervenants auprès desquels le changement va être introduit sont invités à participer à des ateliers successifs qui vont leur permettre de progresser, en petites équipes, à leur rythme et à leur niveau, à travers différentes étapes de mise en œuvre du changement.

Afin de maximiser l'efficacité d'une telle démarche dans le contexte genevois, cette approche du changement organisationnel a été adaptée au contexte local. Ces étapes sont résumées dans la figure 3.

Figure 4: Un exemple de suivi avec interactions avec le MPR.

Mme A., 75 ans, est conduite aux urgences pour dyspnée et état fébrile. Antécédents: insuffisance cardiaque (FE 35%), fibrillation auriculaire anticoagulée, hypertension artérielle, obésité. Mme A. reste à l'hôpital une dizaine de jours avant de séjourner une semaine dans une structure intermédiaire. Elle rentre ensuite à domicile où elle vit avec son mari.

|                    |           |  |
|--------------------|-----------|--|
| Séjour hospitalier | Jour 1    | Mme A. est hospitalisée.   |
|                    | Jour 2    | Mme A. est annoncée comme potentielle participante à l'itinéraire clinique ambulatoire de l'insuffisance cardiaque.  |
|                    | Jour 4    | L'équipe ambulatoire (EA) rencontre l'équipe hospitalière (infirmière et interne) afin de préciser l'état de Mme A. Mme A. est rencontrée par l'équipe ambulatoire qui lui présente sa démarche. L'EA vérifie que le médecin traitant (MPR) soit au courant de l'hospitalisation de sa patiente. Comme cela n'est pas le cas, l'EA propose d'appeler le MPR. Des informations concernant l'état de Mme A. et les suites prévues à court terme lui sont transmises.   |
|                    | Jour 6    | Mme A., son mari et sa fille sont rencontrés par l'EA qui leur précise sa démarche. Mme A. et ses proches peuvent exprimer leur vécu par rapport à la maladie de Mme A. Le contexte spécifique à cette dernière est discuté (habitudes, contraintes, intervenants existants, etc.). Les informations collectées sont transmises à l'équipe soignante hospitalière qui, le cas échéant, peut compléter ses dossiers. En l'occurrence, les séances de physiothérapie dont bénéficiait Mme A. en ambulatoire sont évoquées auprès de l'équipe hospitalière qui décide de les reconduire dès que possible. |
|                    | Jour 9-14 | Suite au transfert de Mme A. dans une structure intermédiaire, l'EA se rend régulièrement à son chevet pour suivre son évolution. Au moment où la date de sortie est fixée, et en collaboration avec Mme A., le MPR est contacté par téléphone, informé de l'état de sa patiente et de la date de sa sortie. Un rdv au cabinet du MPR est planifié dans les 3 jours suivant le retour à domicile.  |
|                    | Jour 16   | Un fax est envoyé au MPR: il confirme le retour à domicile et permettra au MPR de transmettre ses recommandations thérapeutiques et ses objectifs de soins pour sa patiente.   |
| Domicile           | Jour 3    | Rdv de Mme A. chez son MPR: réconciliation thérapeutique, identification des priorités de suivi, etc. Fax à l'EA pour transmettre ses recommandations thérapeutiques et objectifs de soins.  |
|                    | Jour 4    | Selon les indications du MPR et au rythme de la patiente, une infirmière travaille à domicile avec Mme A. ses objectifs de soins, avec le soutien de son mari et de sa fille.  |
|                    | Jour ...  | Ces objectifs seront renforcés dans le cadre d'un suivi téléphonique proactif hebdomadaire. Selon besoin, le degré d'atteinte de ces objectifs sera transmis au MPR.   |
|                    | Jour 5    | Soutenue par ses proches, par son MPR, par son infirmière et par sa physiothérapeute, Mme A. décide de reprendre progressivement les promenades quotidiennes auxquelles elle pensait que son insuffisance cardiaque l'obligeait à renoncer.  |
|                    | Jour 20   | Mme A. constate que son poids a augmenté de 2 kg en un jour. Au courant de l'éventuelle signification de cette prise de poids, Mme A. prend rendez-vous avec son MPR qui peut adapter rapidement son traitement diurétique.  |
| ...                | ...       | ...  |

## Résultats en termes de processus

A ce jour, plusieurs étapes d'accompagnement du changement ont donc pu être franchies à Genève. Reflétant également l'acceptabilité du processus, elles ont notamment permis aux MPR d'identifier leurs besoins et d'élaborer des interventions pour y répondre: outre des formations pour médecins sous la forme de cercles de qualité, une démarche interdisciplinaire (médecin et infirmière) et intersectorielle (secteur ambulatoire et hospitalier) de coordination des soins et d'accompagnement des patient-e-s a été lancée. Un exemple de suivi d'une patiente est présenté dans la figure 4.

De manière globale, les premières interventions auprès des patient-e-s et de leurs proches montrent un haut degré d'acceptabilité et de faisabilité de l'intervention. Les techniques d'entretien motivationnel [8] permettent de formuler des objectifs de soins et/ou d'apprentissage partagés, de les suivre voire de les adapter dans le temps grâce à un suivi proactif. Les patient-e-s s'approprient cette démarche d'autonomisation, et notamment la reconnaissance des signes d'alerte de la décompensation cardiaque. La collaboration interdisciplinaire entre les médecins de premier recours et l'infirmière se manifeste par des échanges d'information et des discussions autour de ces mêmes objectifs. La circulation de l'information entre les secteurs hospitalier et ambulatoire est fluidifiée par les processus mis en place dans le cadre de cet itinéraire clinique.

Bien que cette démarche n'en soit qu'à un stade initial, plusieurs questionnements globaux sont déjà apparus, comme notamment l'intérêt d'un système d'information commun aux différents secteurs et aux différents professionnels, la complexité des problèmes bio-psycho-sociaux présentés par les patient-e-s, ainsi que l'ampleur des potentiels besoins de prise en charge. Ce dernier point ne touche pas vraiment notre itinéraire – circonscrit à l'IC – mais laisse entrevoir les besoins en lien avec des patient-e-s présentant des problématiques complexes.

Nous remercions ici tous/-tes les patient-e-s ainsi que les médecins de premier recours pour leur inestimable investissement. Nos remerciements vont également à Mme Michèle LeBraz pour sa précieuse contribution à l'identification des personnes souffrant d'IC.

Liste complète des auteurs de cette contribution: Schusselé Fillietaz Séverine; Perone Nicolas; Schaller Philippe; Raetz Marc-André; Garin Nicolas; Balavoine Jean-François; Waldvogel Francis; Kossovsky Michel; Gaspoz Jean-Michel

## Références

- 1 Brunner-La Rocca H. P., Widmer F., Trigo-Trindade P., Leventhal M. E., Seydoux C., Schmid J. P. et al. 2007. Nouvelles recommandations en Suisse pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque: Introduction et 1<sup>ère</sup> partie, prise en charge ambulatoire. *Forum Médical Suisse*, 5,39, pp. 2–14.
- 2 Garin N., Zawodnik A., Carballo S., Zare M., LeBraz M., Lerch R. et al. 2010. Impact d'un itinéraire clinique pour patients insuffisants cardiaques sur la qualité de la prise en charge à l'hôpital et le risque de réadmission et de décès après la sortie. *Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Journée Qualité HUG 2010*, 6 p. Accessed 12-4-2011 under [www.qualite.hug-ge.ch](http://www.qualite.hug-ge.ch).
- 3 Groupe de travail «Insuffisance cardiaque» de la Société Suisse de Cardiologie 19-12-2007. Recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque – 1<sup>ère</sup> partie: prise en charge ambulatoire. *Forum Médical Suisse*, 7, (S 39) pp. 3–14. Accessed 7-10-2010.
- 4 Leventhal M. E., Denhaerynck K., Brunner-La Rocca H. P., Burnand B., Conca-Zeller A., Bernasconi A. T. et al. 2011. Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): A randomised controlled trial study of an outpatient interprofessional management programme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss.Med.Wkly.*, 141, pp. w13171. Available from: PM:21384285.
- 5 Michele Moroz S. A. 2007. La prise en charge de la maladie chronique – Améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de maladies chroniques: modèle de soins de longue durée. *Actualités de réadaptation cardiaque et de prévention de la maladie cardiovasculaire*, 15, (1) pp. 1–4. Available from: [www.cacr.ca](http://www.cacr.ca). Accessed 12-4-2011.
- 6 Mohacs P., Moschovitis G., Tanner H. & Hess O. M. 2001. Prevalence, increase, and costs of heart failure. *Heart and Metabolism*, 14, pp. 9–16.
- 7 Oldham, J. 4-3-2009. Achieving large system change in health care. *JAMA*, 301, (9) pp. 965-966. Available from: PM:19258586.
- 8 Rollnick S., Miller W.R. & Butler C.C. 2009. *Pratique de l'entretien motivationnel: Communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions-Dunod, Paris, 247 p. ISBN: 978-2-7296-0978-8.
- 9 The Improving Chronic Illness Care program. *The Chronic Care Model*. Last update 2011. Accessed 12-4-2011 under [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org).
- 10 WHO-Euro. 2011. *The European Health Report 2009: Health and health systems*. World Health Organization – Europe, Copenhagen, 191 p. ISBN 978 92 890 1416 8. Accessed 14-2-2011 under [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

Correspondance :

Prof. Jean-Michel Gaspoz

Médecin-chef du Service de Médecine de premier recours

Chef du Département de Médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences

Directeur du Département académique de Santé  
et Médecine communautaires

Hôpitaux Universitaires

4, rue Gabrielle-Perret-Gentil

1211 Genève 14

[www.hcuge.ch](http://www.hcuge.ch)

[Jean-Michel.Gaspoz@hcuge.ch](mailto:Jean-Michel.Gaspoz@hcuge.ch)

[Jean-Michel.Gaspoz@prism-ge.ch](mailto:Jean-Michel.Gaspoz@prism-ge.ch)

### **Vorschau**

Care Management 5/11 erscheint am 17. Oktober 2011, Schwerpunkt «Gesundheitsnetz 2025».