

Stefan Neuner-Jehle, Madeleine Straumann

# Prise en charge des patients multimorbides au cabinet du médecin de famille – nouvelles approches

Compte-rendu d'un atelier de skill training de la WONCA<sup>1</sup> et de l'AMH<sup>2</sup> à Gand (Belgique), 14.-16.10.2013

Depuis 2006, la WONCA et 20 autres organisations se mobilisent, par le biais du programme DDD<sup>3</sup>, pour améliorer la prise en charge des patients multimorbides dans le cadre de la médecine de premier recours. Ces efforts ciblent d'une part les médecins de famille<sup>4</sup> et d'autre part les autres professionnels de la santé, comme le personnel soignant, qui assurent concrètement cette prise en charge. Le diabète et la dépression ont été choisis comme exemples, notamment parce qu'ils surviennent souvent de manière concomitante. Toutefois, les approches centrées sur le patient peuvent et doivent aussi s'appliquer à toutes les constellations de patients multimorbides.

En plus de fixer le cadre conceptuel et d'offrir un échange international, l'atelier de travail pilote, accueilli par l'Université de Gand, a également été l'occasion pour les participants d'exercer leurs compétences communicatives (skill training). Un élément central consiste à s'éloigner des multiples maladies et de la planification thérapeutique pour se concentrer sur les besoins et les objectifs du patient: la priorité n'est pas de cibler la meilleure prévention, le meilleur diagnostic et le meilleur traitement, mais plutôt de concrétiser au mieux le potentiel de santé et les objectifs individuels du patient, plus particulièrement en ce qui concerne son «fonctionnement» au quotidien et la participation à la vie sociale. En appliquant des techniques comme l'entretien motivationnel, la prise de décision commune et l'activation comportementale, le médecin aide son patient à y parvenir. Tout cela sonne bien, mais est loin d'être évident dans la discussion concrète et doit être travaillé; le tableau 1 contient une série de questions clés qui sont

## Tableau 1

Questions clés et suggestions en vue d'une prise en charge ciblée et orientée vers le patient.

Entrée en matière: Laissez-moi résumer vos plaintes et limitations: ...

Quelles sont leurs répercussions sur votre vie quotidienne?

Qu'est-ce qui vous semble important, qu'aimeriez-vous changer en priorité?

Qu'attendez-vous en termes d'accompagnement et d'aide?

Quels sont vos premiers objectifs (concrets) de changements possibles dans votre quotidien?

Dressez une liste des choses qui vous font plaisir, des choses que vous aimeriez bien savoir faire et des choses que vous devriez savoir faire dans votre vie quotidienne.

S'il y a des options de traitement/de prise en charge: Imaginez comment vous souhaitez concrètement mettre en œuvre l'option X.

Quel est votre sentiment à ce sujet?

Choisissez une option et testez-la – il est toujours possible de faire marche arrière!

<sup>1</sup> Organisation mondiale des médecins de famille

<sup>2</sup> The Association for the Improvement of Mental Health Programmes ([www.aim-mental-health.org](http://www.aim-mental-health.org))

<sup>3</sup> Dialogue on Diabetes and Depression

<sup>4</sup> La forme féminine est bien sûr toujours sous-entendue



Gand – le centre historique mérite une visite.

utiles dans ce contexte. A Gand, nous avons eu l'occasion de nous exercer de manière compétente grâce à des vignettes cliniques, à des jeux de rôle et à des patients fictifs incarnés par des acteurs. Il nous a par ailleurs été demandé d'évaluer la faisabilité pratique de ces méthodes.

Les participants ont pu se rendre compte qu'ils retombaient sans cesse dans leurs rôles habituels de conseillers et de décideurs, avec le risque de se perdre dans la multitude de diagnostics et de médicaments et d'aboutir à une frustration mutuelle. Bien sûr, les faits médicaux de fond entrent en jeu, mais le rôle principal doit revenir au patient et à ses besoins. Actuellement, des discussions sont en cours avec la direction du programme DDD pour savoir si de tels cours de skill training pourraient également être organisés en Suisse à partir de 2014.

Ces conversations guidées avec les patients peuvent tout à fait être conduites par des professionnels de la santé non-médecins qui y ont été formés et à l'avenir, cette collaboration (*skill mix*) deviendra indispensable, ne serait-ce que pour des raisons de capacités. Le Professeur Jan De Maeseneer, chef du département de médecine générale de l'université de Gand, explore actuellement le fonctionnement concret de cette coopération dans son centre de santé communautaire: une «maison médicale» multidisciplinaire, situé dans la périphérie multiculturelle de cette ville de





Notre groupe d'experts internationaux dans la vénérable bibliothèque de l'Université de Gand.

250000 habitants, qui garantit également l'accès aux soins aux personnes démunies et aux sans-papiers. Ainsi, 5500 patients de 60 nationalités y sont pris en charge par des médecins de famille, des infirmières, des diététiciennes, des dentistes, des assistantes sociales et des promoteurs de la santé, selon le système de rémunération forfaitaire par patient. L'enregistrement se fait selon le domicile des patients (rue), car le centre de santé se veut être une structure ancrée localement et facilement accessible. Ainsi, il arrive aussi que des adolescents en fugue s'y présentent ou qu'en réaction à un grave accident de la circulation dans la rue parallèle au centre, un projet de transformation de la route soit initié pour augmenter la sécurité routière. Des rencontres sont régulièrement organisées entre l'équipe du centre, les autorités locales et les voisins, afin de définir les problèmes émergents et de s'y attaquer – se connaître les uns les autres et collaborer étroitement est essentiel à la réussite d'un tel centre, d'après le Prof. De Maeseneer. Dans ce modèle de travail, le médecin n'est plus un simple prestataire mais, ensemble avec d'autres professionnels, il devient un «agent de santé publique».

Les médecins empathiques ont toujours agi dans cette direction. Cependant, l'accent est ici mis sur le patient polymorbide et sur ses besoins, avec l'emploi de techniques de discussion qui peuvent facilement être apprises. Au vu de l'ampleur que va prendre la polymorbidité à l'avenir, cette approche constitue un travail de pionnier essentiel.

### Conclusion

Dans le cas des malades polymorbide, le passage d'un agenda médical encombré par les maladies à un agenda centré sur les besoins du patient est bien concevable, mais il s'avère semé d'embûches dans la discussion concrète. Ce changement peut néanmoins être appris, il rend le quotidien professionnel plus vivant et il en vaut la peine – pour le patient comme pour le médecin de famille.

---

Correspondance:  
 Dr Stefan Neuner-Jehle  
 Facharzt für Innere Medizin FMH  
 Schmidgasse 8  
 6300 Zug  
 sneuner[at]bluewin.ch