

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
Dr. med. Hermann Amstad, Secrétaire général
Maison des Académies
Laupenstrasse 7
3001 Berne



Genève, le 14 septembre 2017

Concerne : Soumission au prix ASSM « Interprofessionnalité » 2017

Cher Dr Amstad,

La mise en œuvre de l'interprofessionnalité pose de nombreux défis : l'ASSM contribue à leur apporter des réponses et à soutenir celles et ceux qui la concrétisent.

Le projet conjointement mené depuis 2016 à Genève avec les patient-e-s et les professionnel-le-s (médecins, infirmières) de nos trois institutions¹ s'inscrit dans l'approche de l'ASSM en concrétisant une prise en charge interprofessionnelle malgré les barrières professionnelles et organisationnelles. Ce projet cherche aussi à dépasser les frontières institutionnelles et à faciliter les transitions du patient entre les différentes structures qui le prennent en charge.


Le projet a permis d'élaborer des processus interprofessionnels réunissant de manière formelle le patient (avec son proche-aidant), les collaborateurs médico-infirmiers d'une structure stationnaire, le médecin traitant et l'infirmière à domicile. Nous avons montré que ces processus sont non seulement réalisables mais surtout pertinents et souhaités par les patients et par les intervenants.


Cette expérience souligne la validité d'une approche interprofessionnelle et interinstitutionnelle, ainsi que la nécessité de le rendre durable en agissant sur différents éléments clairement identifiés. Nous sommes dès lors convaincus que ce projet prometteur doit être poursuivi et étendu. Ceci permettra d'une part de stabiliser les pratiques dans le contexte concerné par le projet. D'autre part, les éléments récoltés et analysés permettront la dissémination de ces pratiques dans des contextes similaires.

Ce projet est décrit dans le document ci-joint. Vous trouverez en Annexe 2 les différents éléments de la « Charte ASSM - Collaboration entre les professionnels de la santé » qui encadrent notre travail.

Nous vous remercions pour l'attention que vous voudrez bien lui accorder dans le cadre du Prix ASSM « interprofessionnalité » 2017 et nous vous adressons nos salutations les meilleures.


Dr. Philippe Schaller,
Médecin responsable
de Cité générations


Mme Marie Da Roxa,
Directrice générale d'imad -
Institution genevoise de
maintien à domicile


Prof. Jean-François Balavoine,
Président de PRISM – Promotion
des réseaux intégrés de soins aux
malades

Annexes : ment.

¹ Cité générations, imad & PRISM, présentés dans l'Annexe 1 du document ci-joint.

Soumission au prix ASSM «Interprofessionnalité» 2017 :

L'interprofessionnalité en situations complexes : UATm, de T comme *temporaire* à T comme *transition*

Contenu de ce document

Auteurs et partenaires du projet.....	1
Résumé.....	2
Introduction.....	3
Méthodologie.....	3
Résultats et discussion	3
Conclusion	7
Annexes	8
Annexe 1. Les partenaires du projet	8
Annexe 2. Liens entre les éléments de la Charte de l'ASSM[4] et le projet mené à Genève	9
Annexe 3. Bibliographie succincte.....	10

Auteurs et partenaires du projet

(cf. détails dans l'Annexe 1)

 <p>Cité générations maison de santé</p>	<p>Unité d'accueil temporaire médicalisée de Cité générations : Philippe Schaller, Stéphane Moiroux, Grégory Marchand, Samuel Perivier et Sébastien Amstutz</p>
 <p>imad INSTITUTION GÉNÉRALISTE DE MÉDECINE À DOMICILE</p>	<p>imad : Olivier Perrier Gros-Claude, Frédéric Budan et Lucile Battaglia</p>
 <p>prism Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades</p>	<p>PRISM : Jean-François Balavoine, Séverine Schusselé Filliettaz et Nicolas Perone</p>

Pour toute correspondance :

Séverine Schusselé Filliettaz

Tél: 079 693 88 00 Fax: 086 079 693 88 00 Email: severine.schussele@prism-ge.ch

Résumé

L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement des populations et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques contraignent les systèmes de santé à développer des approches innovantes, notamment pour les personnes présentant des besoins bio-psycho-sociaux et environnement complexes[1,2]. L'intégration des soins[3], avec des éléments de coordination et de travail en équipe interprofessionnelle notamment, est recommandée[4,5]. Une compréhension systémique des conditions propices et des obstacles à ces approches innovantes est indispensable[6,7]. La faisabilité d'une approche interprofessionnelle intégrant le patient et des professionnels de différentes institutions a été testée sur 9 mois avec une Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm) et différents partenaires à Genève (soins à domicile, médecins de ville, etc.). Avec une méthodologie inspirée de la recherche-action[8], nous avons exploré 65 situations de patients complexes suivis en ambulatoire par un médecin et des soignants à domicile et passés par l'UATm. Cette exploration s'est intéressée aux éléments micro (locaux), meso (institutions) et macro (système de santé) qui pouvaient impacter la prise en charge interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Les résultats montrent d'une part que la prise en soins des situations complexes qui transitent par l'UATm nécessite des processus interprofessionnels et interinstitutionnels formalisés, d'autre part que ces processus impactent positivement la qualité de la prise en charge, tant pour les patients et leurs proches, que pour les intervenants. Ils permettent le partage proactif d'informations, puis la co-construction d'une prise en charge qui tient compte des priorités des patients et valorise les contributions de tous les acteurs impliqués. Ce projet montre également qu'un séjour stationnaire pour un problème aigu peut contribuer au renforcement de la continuité de la prise en charge à court et moyen terme, grâce à la mise en place des processus interprofessionnels et interinstitutionnels. Ces éléments très encourageants seront approfondis. Leur durabilité et leur répliquabilité dans d'autres contextes devront également être explorées et les obstacles identifiés devront être aplanis.

Introduction

L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement des populations et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques contraignent les systèmes de santé à développer des approches innovantes. L'intégration des soins[3], avec des éléments de coordination et de travail en équipe interprofessionnelle notamment, est recommandée[4,5]. Une compréhension systémique des conditions propices et des obstacles à ces approches innovantes est indispensable[6,7]. Parmi les initiatives de soins intégrés présentes en Suisse[9], Cité générations dispose d'une Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm, cf. Annexe 1.a). Parallèlement, le Projet PRISM, cf. Annexe 1.c) décline avec ses partenaires (Cité générations & imad cf. Annexe 1.b) différents modèles de prise en charge de la complexité en équipe[10]. L'intervention présentée ici a testé la faisabilité et la pertinence d'une amélioration des transitions des patients avec besoins complexes, pour l'arrivée à et pour le départ de l'UATm, au moyen de processus interprofessionnels et interinstitutionnels. Le cadre de référence proposé par l'Académie Suisse des Sciences Médicales est utilisé : « La collaboration interprofessionnelle inclut le patient comme partenaire. »[4]

Méthodologie

Sur 9 mois (09.2016 – 05.2017), 65 situations prises en charge à l'UATm et suivies par un médecin traitant et par des prestataires de soins à domicile ont été étudiées. Nous avons utilisé une méthodologie de recherche-action inspirée du modèle de Deming¹. Les spécificités individuelles de ces situations ont été explorées quantitativement (fragilité[11], besoins (RAI[12])) et qualitativement (complexité²). Les partenaires du projet (Cité générations, PRISM et imad, cf. Annexe 1) ont également exploré différents processus interprofessionnels et interinstitutionnels en étroite collaboration avec les médecins traitant et les équipes de soins à domicile : les obstacles et les facilitateurs à leur mise en place ont été discutés avec les intervenants et, le cas échéant, avec leur hiérarchie. Enfin, les aspects en lien avec le financement des prestations interprofessionnelles a été investigué.

Résultats et discussion

Un ensemble de possibles pour caractériser la complexité

Les évaluations des situations UATm ont montré qu'environ 40% d'entre elles présentaient des éléments de complexité suggérant l'intérêt d'une prise en charge interprofessionnelle et interinstitutionnelle renforcée, parmi lesquelles : discordances dans les objectifs de soins, les priorités et les projets de vie, épuisement des réseaux primaire et/ou secondaire, absence d'aidant formel ou informel, contexte social précaire, multimorbidité, multiples intervenants non coordonnés, etc.

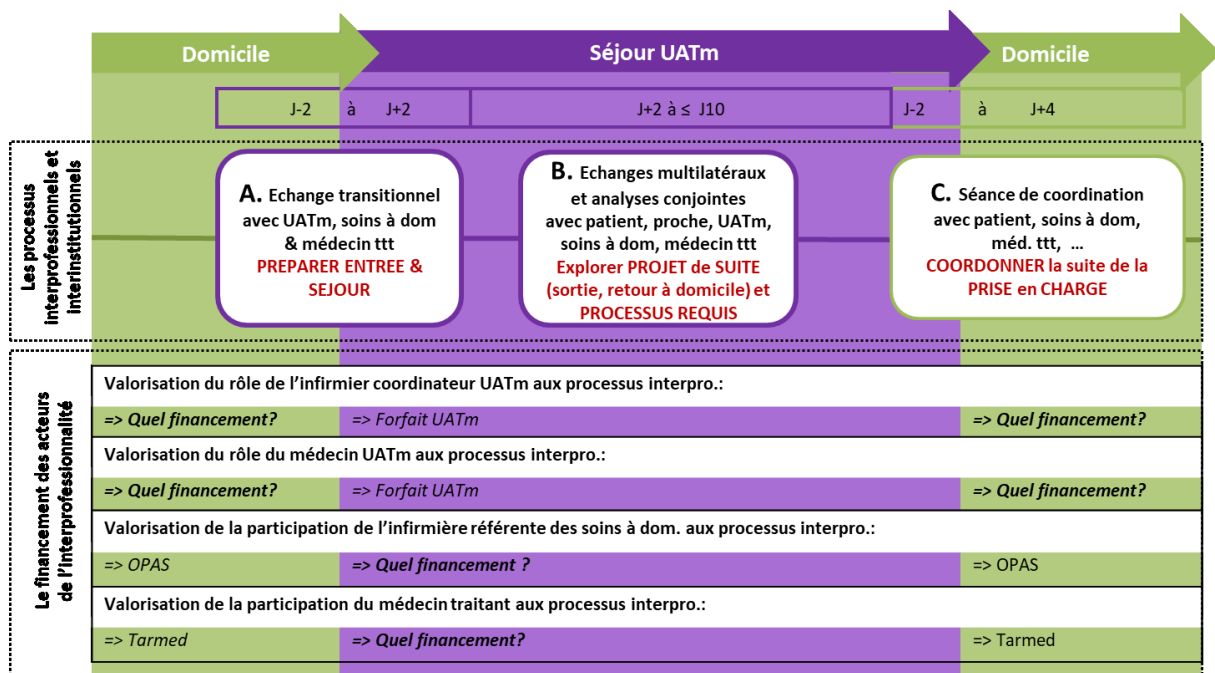
L'intérêt de processus interprofessionnels et interinstitutionnels formalisés

Pour ces situations dites «complexes», des processus de coordination interprofessionnels et interinstitutionnels pertinents ont été identifiés (**A**, **B** et **C** Fig. 1).

¹ Modèle itératif de gestion de la qualité en quatre étapes : Plan-Do-Check-Act (PDCA)

² PRISM travaille avec un cadre de référence de la complexité d'une situation qui inclut toute caractéristique bio-psycho-sociale et/ou environnementale du patient lui-même, de son proche et/ou des intervenants. Une situation/un patient est considéré comme complexe lorsque le patient, le médecin et l'infirmière estiment qu'une prise en charge en équipe interprofessionnelle est nécessaire. Pour plus de détails cf. [2, 10].

Fig. 1. Processus interprofessionnels & Financement des acteurs



Un bref échange transitionnel **A** (Fig. 1), présentiel ou téléphonique, permet un partage des spécificités entre les soignants UATm et les soignants ambulatoires.

«L'échange d'informations orales structurées permet de prioriser la prise en soin des patients. Avec la seule feuille de transfert, il est difficile de hiérarchiser ces informations.» Inf. coordin. UATm

« Ah, mais vous êtes tous là ! »

Mme M. rencontrant à l'UATm son médecin traitant, son infirmière à domicile et l'infirmier de l'UATm

Parallèlement, une évaluation infirmière approfondie et un bilan gériatrique médical sont effectués à l'UATm. Ensuite, des échanges multilatéraux s'opèrent et leur analyse conjointe **B** (Fig. 1) précise le processus permettant de finaliser le projet de suite de la prise en charge. Cela passe par l'organisation d'une séance de coordination **C** qui vise à partager l'information, à l'analyser collectivement, à réduire les triangulations et à définir de manière proactive des objectifs communs[13]. Cette séance réunit formellement au minimum le patient, ses proches, l'infirmière des soins à domicile et le médecin traitant. Elle peut se dérouler à domicile ou à l'UATm.

Un modèle interprofessionnel et interinstitutionnel souhaitable et faisable

Ce modèle est jugé non seulement réalisable mais nécessaire par les professionnels comme par les patients et leurs proches. Il renforce le partenariat patient-proche-soignants, et valorise l'expertise des intervenants ambulatoires (médecins traitant et infirmières à domicile, notamment). Ces derniers, en construisant la prise en charge avec l'UATm, conservent leur légitimité décisionnelle dans les soins prodigués au cours du séjour, comme dans la préparation du retour à domicile.

«L'équipe ambulatoire n'est pas habituée à suivre son patient lorsqu'il n'est pas à son domicile, mais elle est très preneuse de cette coordination.» Inf. réf. soins à dom. imad

En promouvant un partenariat de soins, le modèle proposé à l'UATm augmente la désirabilité et la faisabilité des processus interprofessionnels. Plusieurs patients indiquent que ces étapes de

coordination renforcent leur sentiment de confiance dans la fluidité des communications, la cohérence et la continuité de la prise en charge.

«Les patients sont souvent persuadés qu’il n’y a pas de continuité de soin d’un lieu à l’autre, ils sont alors surpris de nous croiser à l’UATm et se rendent compte alors que nous travaillons ensemble.»

Inf. réf. soins à dom. imad

Les échanges interprofessionnels autour des situations rencontrées à l’UATm permettent de tisser des liens et d’accroître la confiance entre les acteurs. Cela renforce des dynamiques d’équipe interprofessionnelles existantes, ou contribue à en créer de nouvelles. Par ailleurs, la construction interprofessionnelle de la prise en charge permet d’optimiser les soins à partir d’objectifs communs et connus de tous, et d’organiser un suivi coordonné.

« Ma lecture de la situation du patient n’est pas la même avant et après son passage par l’UATm et la construction de son suivi en équipe. » Médecin traitant

Comme décrit par le Chronic Care Model[5] et par d’autres[7,14], le succès d’un processus interprofessionnel coordonné dépend de nombreux facteurs : des éléments microscopiques (ex : la dynamique entre un patient, une infirmière et un médecin), des éléments meso (ex : les spécificités organisationnelles d’une institution), et des éléments macroscopiques (ex : le financement des soins, l’identification standardisée des patients complexes). Ce projet a également exploré ces facteurs.

Une indispensable flexibilité des rôles

Au niveau microscopique (patient, proche, infirmière à domicile, médecin traitant, équipe UATm), les éléments suivants semblent indispensables à la réussite des processus coordonnés (Fig. 1):

1. les potentiels acteurs du réseau sont convaincus de l’intérêt de la coordination,
2. les acteurs de ce processus coordonné sont légitimes,
3. les participants, la date et l’heure de la séance de coordination sont fixés,
4. les discussions sont structurées et chacun présente son analyse et/ou ses priorités,
5. les décisions prises sont formalisées, puis mises en œuvre.

Les situations explorées reflètent une certaine hétérogénéité dans le degré d’atteinte de ces différents éléments : chaque réseau a sa propre dynamique, son ou ses leaders, son niveau d’expertise dans la pratique interprofessionnelle, et ses propres besoins de renforcement.

Cette hétérogénéité implique d’ajuster le support apporté à chaque réseau d’intervenants pour chacun des 5 éléments évoqués précédemment. Cette flexibilité de la part du projet est indispensable à son acceptabilité. Elle l’est aussi de la part des membres du réseau (infirmière, médecin, hiérarchie, etc.) qui se répartissent le leadership des différents éléments en fonction des spécificités de leur groupe (Fig. 2).

Fig. 2. Un leadership à géométrie variable

Vignette 1 : Le patient, l’infirmière du domicile et le médecin se connaissent depuis plusieurs mois. Le séjour à l’UATm a été planifié conjointement et c’est l’infirmière du domicile qui coordonne les échanges et qui organise une séance «patient & infirmière & médecin» juste après le retour à domicile. Elle prépare le contenu de cette séance avec le médecin en analysant les éléments collectés auprès de chacun. Pour structurer cela, elle bénéficie du support d’une spécialiste clinique. C’est

également l'infirmière à domicile qui pilote la séance de coordination et enverra à chacun les éléments d'un Plan de soins partagé [5].

Vignette 2: Le proche-aidant sollicite le médecin de l'UATm pour coordonner la prise en charge du patient. L'infirmière à domicile et le médecin traitant n'ont pas encore eu l'occasion de se rencontrer. Le médecin de l'UATm contacte le médecin traitant tandis que l'infirmier UATm contacte les soins à domicile. Le degré de pertinence d'une approche coordonnée est discuté. L'infirmier UATm met en place la séance de coordination pendant le séjour du patient. Il prépare l'ordre du jour avec les différents membres du réseau et pilote la séance avec le médecin de l'UATm.

Vignette 3: Le patient, le proche et le médecin traitant se connaissent depuis des années. C'est le médecin traitant qui coordonne le séjour à l'UATm. Son assistante médicale convie les membres du réseau, dont l'infirmière à domicile, à une séance de coordination à l'UATm. C'est le médecin traitant qui pilote cette séance et son assistante prend le PV.

La traçabilité des décisions et les outils de communication informatisés

Les séances de coordination permettent de formaliser les décisions et leur traçabilité est indispensable pour garantir leur mise en œuvre dans la durée et avec de multiples intervenants. Au niveau des membres de l'équipe interprofessionnelle, cela nécessite des compétences de synthèse et de structuration des informations, mais surtout un changement de paradigme de la traçabilité : il ne s'agit pas seulement d'écrire pour attester qu'un acte a été effectué, il s'agit d'écrire pour communiquer avec les membres de l'équipe interprofessionnelle des informations qui sont réellement pertinentes pour le suivi. Par ailleurs, cette traçabilité nécessite des outils de communication performants et c'est dans ce but qu'a été développé le Plan de Soins Partagé informatisé[13].

Éléments indispensables de l'étude de faisabilité : susciter et accompagner le changement

Même si de nombreux professionnels le pratiquent à titre individuel, le modèle interinstitutionnel est peu formalisé. Son exploration a nécessité des professionnels très engagés et disposés à sortir de leur zone de confort car la prise en charge de la complexité peut questionner les compétences et les territoires professionnels. Un dispositif d'accompagnement a été mis en place pour cela : des entretiens avec les soignants et avec les responsables hiérarchiques ont été menés afin d'accompagner les nouvelles pratiques, étudier les différentes lectures du modèle, recueillir les propositions d'amélioration et explorer les potentiels de dissémination des processus à d'autres patients.

« Quand l'UATm a appelé pour prendre des renseignements [sur Mme X], j'ai pris leurs questions pour une mise en doute de la qualité de ma prise en charge. Après m'être rendue à l'UATm avec [les collègues du projet] j'ai été rassurée. Maintenant, c'est moi qui les appelle quand j'ai un patient qui va à l'UATm. » Inf. réf. soins à dom. imad

Le financement des acteurs : un obstacle à la continuité ?

La fragmentation du financement des soins en Suisse implique que les acteurs UATm et ambulatoires ne peuvent pas tous être valorisés pour leur participation conjointe aux processus de transition (Fig. 1). Cela met en péril la durabilité du modèle interprofessionnel et interinstitutionnel nécessaire pour

les patients complexes qui passent par l'UATm. Des discussions sont en cours pour identifier les options possibles.

Standardiser la complexité ?

Bien qu'il existe des instruments d'évaluation de la complexité, il n'existe à notre connaissance pas d'outil scientifiquement validé permettant d'identifier formellement un besoin de coordination interprofessionnelle. Dans ce projet, c'est en échangeant leurs analyses que les acteurs décident (ou non) de l'intérêt d'une prise en charge coordonnée. Bien qu'évident pour les soignants qui le pratiquent, ce processus qui repose sur un processus interprofessionnel semble difficilement recevable pour d'autres acteurs du système de santé qui requièrent des éléments probants et formalisés pour attribuer des ressources humaines et financières.

Conclusion

Ce projet montre d'une part que la prise en soins des situations complexes qui transitent par l'UATm nécessite des processus interprofessionnels et interinstitutionnels formalisés, d'autre part que ces processus sont faisables, pertinents et qu'ils impactent positivement la qualité de la prise en charge, tant pour les patients et leurs proches que pour les intervenants (infirmière à domicile, médecin traitant, équipe UATm, etc.). Ces processus permettent le partage proactif d'informations, puis la co-construction d'une prise en charge qui tient compte des priorités des patients et valorise les contributions de tous les acteurs impliqués. Ce projet montre également qu'un séjour stationnaire pour un problème aigu, loin d'être synonyme de rupture, peut au contraire contribuer au renforcement de la continuité de la prise en charge à court et moyen terme, grâce à la mise en place des processus interprofessionnels et interinstitutionnels. Ces éléments très encourageants seront approfondis durant les mois à venir. Leur durabilité et leur répliquabilité dans d'autres contextes devront également être explorées et les obstacles identifiés devront être aplanis : dans le cadre du projet cantonal genevois de multiplication des maisons de santé d'une part[15], dans le potentiel ajustement interprofessionnel des Unités d'accueil et de répit (Uatr[16]) déjà existantes à Genève d'autre part.

Annexes

Annexe 1. Les partenaires du projet

a) L'Unité d'accueil temporaire médicalisée - UATm

Implantée au cœur de la maison de santé Cité générations à Onex (GE), l'Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm) est une unité de 10 lits, qui accueille 350 patients par an. Cette structure offre un hébergement court (8-10 jours en moyenne) à des personnes nécessitant une intervention médicale rapprochée et/ou une évaluation ou un bilan psycho-gériatrique[17,18]. Du fait de sa mission particulière qui le situe entre l'ambulatorio et l'hôpital, l'UATm reçoit majoritairement des patient âgés et ou des situations médico-psycho-sociales complexes. L'UATm réunit des compétences d'ASSC, d'infirmiers coordinateurs et d'un tournus de médecins gériatres. Enfin, l'UATm bénéficie de la proximité de différents services, dont des cabinets de médecine de premier recours et un centre de maintien à domicile. Philippe Schaller est le médecin responsable de Cité générations. A l'UATm, Stéphane Moiroux et Grégory Marchand occupent des postes d'infirmiers coordinateurs, tandis que Samuel Perivier et Sébastien Amstutz sont médecins gériatres. www.cite-generations.ch

b) Institution genevoise de maintien à domicile – imad

imad est un établissement public autonome, reconnu d'utilité publique, sous la surveillance du Conseil d'Etat, soit pour lui le département de l'emploi, des affaires sociales et la santé (DEAS). L'institution genevoise de maintien à domicile (imad) assure des prestations de soins, d'aide, d'accompagnement et de répit favorisant le maintien à domicile des personnes, tout en préservant leur autonomie. Ces prestations sont fournies à domicile, dans les centres de maintien à domicile et leurs antennes ainsi que dans les structures intermédiaires, en collaboration avec le médecin traitant, la famille et les proches. imad est dirigée par Marie Da Roxa. Lucile Battaglia est infirmière chargée de projet et Frédéric Budan (infirmier) dirige le domaine e-santé et organisation métier. www.imad-ge.ch

c) Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades

L'Association PRISM a été créée en 2010 à Genève sous l'égide des Prof. JF Balavoine, Prof. JM Gaspoz, Dr. Ph. Schaller et Prof. F. Waldvogel. Elle a pour but de soutenir les personnes ou institutions actives dans le domaine de la santé dans le canton de Genève afin de renforcer la continuité de la prise en charge des malades présentant une pathologie chronique et/ou complexe, de coordonner et améliorer les soins entre tous les partenaires, de soutenir les patients – et leurs proches - dans leur autonomie, et de susciter ainsi l'émergence de nouvelles formes de coopération interprofessionnelles. Séverine Schusselé Filliettaz (infirmière) et Nicolas Perone (médecin) sont responsables de projets. www.prism-ge.ch

d) ... sans oublier ...

Les auteurs et leurs institutions respectives tiennent à remercier ici tous les acteurs qui pratiquent l'interprofessionnalité et l'interinstitutionnalité au quotidien avec les personnes malades et leurs proches. Un merci particulier aux collègues ASSC et aux médecins de l'UATm, aux médecins de Cité générations, aux équipes des antennes de maintien à domicile imad et à leurs collègues des pratiques professionnelles. Un grand merci également aux patient-e-s et à leurs proches pour leur confiance. Enfin, nos remerciements à la Direction générale de la santé du Canton de Genève pour son pilotage de la partie du projet en lien avec le Plan de Soins Partagé informatisé [13]. www.ge.ch/dgs

Annexe 2. Liens entre les éléments de la Charte de l'ASSM[4] et le projet mené à Genève

Eléments de la Charte ASSM	Eléments du projet
« 1. La collaboration interprofessionnelle inclut le patient comme partenaire. (...) »	Le patient (et son proche) sont considérés comme des partenaires, dans les valeurs comme dans les processus interprofessionnels (Echanges B et Séance de coordination C , Fig. 1): pour l'évaluation des besoins, pour l'identification des priorités, pour la construction du plan de soins, ...
« 2. Les professions de la santé clarifient et définissent leurs compétences et leurs responsabilités, pour les situations concrètes, dans un processus de concertation commun; en cas de chevauchement des compétences, les responsabilités doivent être explicitement définies. (...) »	Les processus interprofessionnels, notamment les Echanges transitionnels A et les Echanges B (Fig. 1) permettent aux acteurs d'apprendre à se connaître, à identifier et à exprimer leurs champs de compétences, à mieux cerner à qui les responsabilités seront les plus adéquatement et formellement attribuées.
« 3. Les différentes tâches dans les processus de prise en charge sont exécutées selon les besoins des patients et de leurs proches et selon les compétences professionnelles nécessaires. La répartition des tâches ne répond pas à des critères hiérarchiques et/ou à des profils professionnels traditionnels. (...) »	Lors de la Séance de coordination C (Fig. 1), les différents membres de l'équipe interprofessionnelle (patient, proche, infirmière, médecin au minimum) se répartissent formellement les rôles. Cette répartition est un processus dynamique : variation dans la durée, selon les besoins et leur évolution, selon les personnalités impliquées, etc.
(...)	
« 7. Les modèles de travail sont conçus de telle façon qu'ils encouragent et soutiennent une prise en charge intégrée. (...) »	Le titre d'infirmier coordinateur UATm a été formalisé suite au lancement du projet. Son taux d'activité a considérablement augmenté tout au long du projet ; un second poste a même été ouvert.
« 8. Les structures dirigeantes sont organisées selon les objectifs. (...) »	Cette étude de faisabilité a été construite avec une gouvernance multi-institutionnelle (Cité générations, PRISM, imad), avec des gestionnaires de projet et des acteurs issus des corps médicaux et infirmiers.
« 9. L'assurance qualité et l'évaluation de l'utilité pour le patient et la société font partie des valeurs professionnelles de tous les groupes professionnels. (...) »	En adoptant une méthodologie de recherche action, cette étude de faisabilité permis une évolution des pratiques de plusieurs intervenants, prêts à quitter leur zone de confort, pour tendre vers le meilleur ajustement possible des pratiques et de leur impact pour le patient et ses proches. Tout en tenant compte des éléments systémiques de ressources limitées.

Annexe 3. Bibliographie succincte

- [1] Davidson AW, Ray MA, Turkel MC, editors. Nursing, caring, and complexity science: for human-environment well-being. New York: Springer Pub; 2011.
- [2] Waldvogel F, Perone N, Schusselé Filliettaz S, Balavoine J. Les malades complexes: de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. RevMedSuisse 2012;1022–4.
- [3] Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E, editors. Handbook integrated care. Cham, Switzerland: Springer; 2017.
- [4] Académie suisse des sciences médicales. Collaboration entre les professionnels de la santé: Charte. Bâle, Suisse: Académie suisse des sciences médicales (ASSM); 2014.
- [5] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 2002;288:1909–14. doi:10.1001/jama.288.15.1909.
- [6] De Savigny D, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, editors. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research ; World Health Organization; 2009.
- [7] Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. Int J Integr Care 2013;13:4. doi:10.5334/ijic.1206.
- [8] Reason P, Bradbury H. Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition. New York (USA): SAGE; 2006.
- [9] Schusselé Filliettaz S, Kohler D, Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Soins intégrés en Suisse : résultats de la 1re enqu te (2015 – 2016). Neuchâtel, Suisse: Observatoire suisse de la santé (Obsan); 2017.
- [10] Perone N, Schusselé Filliettaz S, Budan F, Schaller P, Balavoine J-F, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. Rev Fr Santé Publique 2015;27:77–86.
- [11] Schoevaerdt D, Biottlot S, Malhomme B, R zette C, Gillet J-B, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d’urgences: Présentation de la grille SEGA. Rev Gériatrie 2004;29:169–78.
- [12] Q-Sys AG. Resident Assessment Instrument – Home-Care (RAI-HC Suisse) n.d. <https://www.qsys.ch/fr/rai-hc/schweiz> (accessed August 25, 2017).
- [13] Schusselé Filliettaz S, Marjollet L, Perone N, Budan F, Rosemberg A. Le Plan de Soins Partagé informatisé. Soins Infirm 2016;72–3.
- [14] D’Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health ServRes 2008;8:188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.
- [15] CoPil du Projet MdS. Rapport final du projet Maison de Santé (MdS) du canton de Genève. Genève, Suisse: Canton de Genève; 2017.
- [16] Institution genevoise de maintien à domicile (imad). Unité d’accueil temporaire de répit (UATR) n.d. www.imad-ge.ch/fr/prestations.php?service=17 (accessed August 28, 2017).
- [17] Eggli Y, Schaller P, Baudoin F.  valuation d’une structure gériatrique entre l’ambulatoire et l’hospitalier. Santé Publique 2015;1:167–175.
- [18] Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques - 2. Deux études de cas. Prat Organ Soins 2011;42:119–26.