

# Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle

NICOLAS PERONE, SÉVERINE SCHUSSSELÉ FILLIETTAZ, FRANCIS WALDOVAGEL,  
JOHANNA SOMMER, PHILIPPE SCHALLER et JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

*Rev Med Suisse* 2022; 18:560-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.774.560

## INTRODUCTION

La prise en charge des malades se complexifie, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, des problématiques psychosociales et du vieillissement de la population.<sup>1</sup> En effet, le patient qui cumule des problématiques de santé, sociales et environnementales voit celles-ci s'entremêler et interagir les unes avec les autres pour créer une situation difficilement gérable. Ce nouvel état imprévu est appelé une propriété émergente, caractéristique des systèmes complexes.<sup>2,3</sup> Par ailleurs, les guides de pratique basés sur les évidences sont élaborés pour une maladie spécifique et ne s'appliquent pas pour les patients avec plusieurs problèmes simultanés.<sup>4,5</sup> Dans une publication de 2005, une modélisation de patients avec plusieurs maladies chroniques montre que les recommandations basées sur les preuves, pertinentes si elles s'appliquent à une maladie, perdent leur cohérence lorsqu'on doit les appliquer à un patient multimorbe.<sup>6</sup>

Faisant face aux difficultés induites par le cumul et le «chaos» de multiples problématiques de santé, souvent aggravées par des aspects sociaux et environnementaux rencontrés par son patient et à l'absence de recommandations spécifiques appropriées, le médecin va qualifier ce dernier de complexe.<sup>7</sup> Ce patient est dès lors vu comme «unique», pour lequel les interventions doivent être repensées et adaptées, non seulement aux spécificités des différentes pathologies, mais surtout aux priorités et aux ressources disponibles de la personne malade et de son environnement.<sup>8</sup>

Cependant, il n'est pas facile pour un médecin d'aller au-delà des recommandations des guides de pratique, d'appréhender toutes les dimensions affectant la santé de son patient et de proposer une prise en charge sur mesure. Il a été démontré que pour gérer un patient multimorbe, le/la médecin cherche plusieurs solutions pour préserver l'équilibre entre les recommandations de pratique basées sur les preuves,

les priorités du patient et de son entourage, ainsi que le maintien de sa qualité de vie, tout en respectant tous les éléments du contexte de vie du patient.<sup>9</sup> Pour faire cette démarche, le médecin doit utiliser d'autres compétences professionnelles, parfois même aller les chercher en dehors du domaine de la santé. Les différents modèles qui préconisent une approche individualisée pour ce type de patient nécessitent d'une part une modification du système de santé<sup>10</sup> et d'autre part la mise en place d'une dynamique interprofessionnelle coordonnée.<sup>11-13</sup>

En Suisse, malgré des prestations de qualité, la coordination de la prise en charge des personnes âgées, multimorbes ou présentant une situation psychosociale lourde est difficile à mettre en œuvre.<sup>14</sup> En effet, il y a de nombreux obstacles à la collaboration interprofessionnelle<sup>15</sup> et le système de santé suisse<sup>16</sup> est caractérisé par sa fragmentation, aussi bien en ce qui concerne le financement, l'organisation des prestataires que les processus de travail. Par ailleurs, si l'assurance maladie couvre adéquatement les prestations individuelles des professionnels de santé, il est moins facile de valoriser les interventions d'équipe, comme le temps de communication et de coordination.

L'approche en équipe interprofessionnelle demande des efforts importants avant d'en obtenir des bénéfices pour la prise en charge. C'est pourquoi la bonne identification du patient complexe, notamment par le médecin traitant, est essentielle pour ajuster les interventions visant à améliorer sa prise en charge<sup>17</sup> et permettant ainsi de justifier, aux financeurs du système de santé, la mise en place du suivi en équipe interprofessionnelle.<sup>10</sup>

Malgré un nombre croissant de patients présentant les caractéristiques de complexité, une définition consensuelle n'est actuellement pas disponible, bien que de nombreuses réflexions aient été menées sur le sujet.<sup>18-20</sup>

Dans cet article nous faisons une analyse chronologique de la littérature pour la

caractérisation du patient complexe et proposons un outil spécifique pour son identification, applicable pour le contexte de santé suisse.

## LE PATIENT MULTIMORBIDE EST COMPLEXE

La multimorbidité, selon Valderas,<sup>21</sup> est définie par la présence de plusieurs maladies chez un individu, par opposition à la définition de comorbidité de Feinstein,<sup>22</sup> qui est celle d'une maladie supplémentaire s'ajoutant à une maladie primaire. Les utilisations les plus récentes de la multimorbidité mettent en évidence l'interaction combinée entre les maladies plutôt que la simple somme des pathologies individuelles.<sup>23</sup>

Si certaines maladies «concordantes»<sup>24</sup> peuvent être parfois gérées en synergie, Boyd et coll. soutiennent que dans la plupart des cas celles-ci interagissent les unes avec les autres, augmentent la complexité de la prise en charge et rendent difficile l'utilisation de recommandations basées sur une maladie unique.<sup>4,5,25</sup> Des approches centrées sur la personne, donc spécifiques à chaque situation, deviennent alors nécessaires.<sup>26</sup>

## LA MULTIMORBIDITÉ, LE CONTEXTE ET LA COMPLEXITÉ

Si le patient complexe peut être caractérisé par les interactions entre plusieurs maladies chroniques, c'est-à-dire la multimorbidité, d'autres caractéristiques rentrent très souvent en jeu et doivent également être prises en compte. En effet, un patient complexe peut présenter un large éventail de facteurs contextuels, qui ne se limitent pas au domaine de la maladie. Selon Manning, les déterminants sociaux de la santé apportent une dimension fondamentale à la complexité du patient, qui se distingue du cumul de ses pathologies. La santé doit donc tenir compte de multiples facteurs

sociaux, économiques, politiques et environnementaux.<sup>23</sup>

Si les déterminants de la santé et leur impact sur la maladie chronique ont été démontrés au niveau populationnel,<sup>27</sup> ce n'est que plus récemment que leur contribution pour un patient spécifique a été étudiée. Safford reprend ces déterminants en les nommant socio-économiques, culturels, environnementaux et comportementaux, pour les représenter dans un modèle vectoriel afin de mettre en évidence la complexité émergente de chacun de ceux-ci lorsque combinés avec les aspects biomédicaux.<sup>28</sup>

Nardi définit la complexité comme «un modèle alternatif dans lequel la maladie et la santé résultent d'interactions complexes, dynamiques et uniques entre différents composants du système global». Il affirme en outre que la complexité résulte de l'enchevêtrement complexe de deux systèmes ou plus (par exemple, corps-maladie, famille-statut socio-économique, thérapies).<sup>18</sup>

## LE PATIENT ET SES BESOINS COMPLEXES

Si prendre en compte la situation du patient et de ses problèmes de santé est pertinent, certaines études ont relevé que caractériser ses besoins est plus adéquat. En effet, la planification des interventions de santé se fera par rapport aux besoins du patient plus que par l'énumération des problèmes qui affectent sa santé. Car ce n'est pas la présence de la caractéristique de complexité qui est déterminante, mais la façon dont elle a un impact sur les besoins. Kuluski parle de patients avec besoins complexes en soins.<sup>29</sup> Cette approche permet d'évaluer, sous un angle opérationnel, quelles problématiques devraient être considérées dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, cela nous permet de sortir de l'impasse d'une définition du patient complexe, qui n'existe pas, et de passer à l'analyse des besoins complexes, ceux-ci étant spécifiques et uniques, qui devra être réalisée avec chaque patient.

## COMPLEXITÉ ET PRISE EN CHARGE, NOUVELLE PERSPECTIVE

Peek C. J., dans ses travaux réalisés à l'Université du Minnesota, définit la complexité du patient s'il y a «une interférence entre les soins standards et la prise

de décision».<sup>7</sup> Les raisons de cette interférence, selon lui, peuvent être multiples, par exemple, du fait de la gravité des symptômes, de l'incertitude du diagnostic, de la difficulté à engager des soins, du manque de sécurité sociale et de relations difficiles entre le patient et son médecin. Pour évaluer cette complexité, il s'appuie sur la méthode d'analyse du Minnesota qui fournit un ensemble de concepts destinés à couvrir toutes les dimensions citées ci-dessus. Chacune de ces dimensions est évaluée avec un niveau de complexité sur une échelle allant de 0 à 3, non pas pour établir un score, mais pour savoir lesquelles seront à prioriser pour la prise en charge. Le but de cette méthode est d'aller au-delà de la simple description de ces interférences et de pouvoir prendre des décisions opérationnelles à leur sujet.

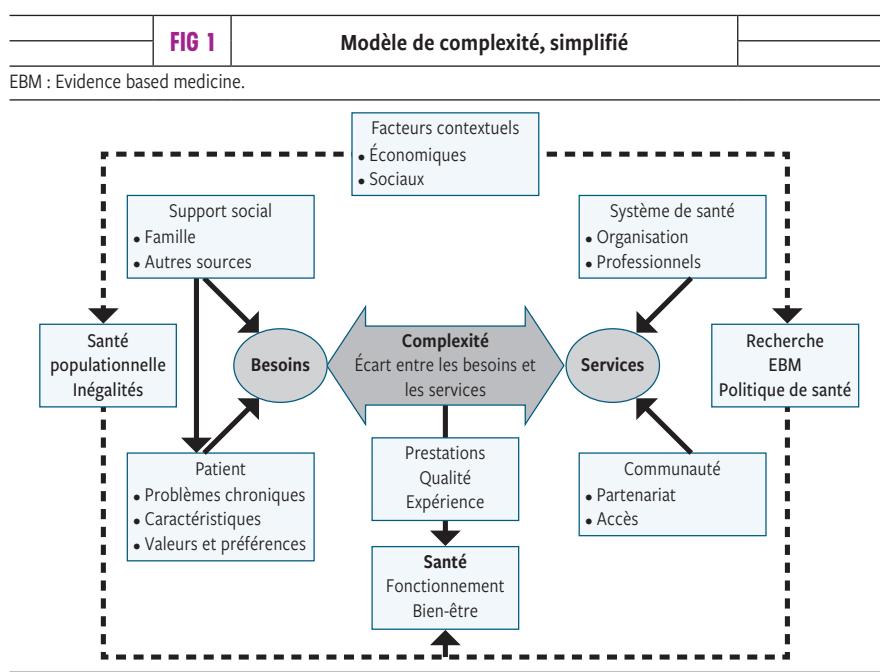
Grembowski<sup>30</sup> va plus loin en formalisant un modèle permettant de guider la recherche dans ce domaine et d'améliorer la prise en charge de ces patients. Le modèle conceptuel de l'AHRQ (Agence américaine pour la recherche et la qualité dans la santé) du réseau de recherche sur les maladies chroniques (MCCRN, Multiple Chronic Conditions Research Network) définit la complexité comme «l'écart entre les besoins des patients et les services» (**figure 1**). Il tient compte à la fois des multiples éléments qui influencent les besoins de ces patients, ainsi que des facteurs contextuels qui ont un impact sur les services de soins de santé. Le modèle recadre les processus et les résultats pour

inclure non seulement la qualité et l'expérience des soins, mais aussi la santé, le bien-être et la qualité de vie des patients. Le paradigme de la maladie unique pour traiter les besoins un par un s'effondre et souligne la nécessité pour les systèmes de santé de répondre aux besoins dynamiques des patients.

Au centre du modèle se trouve la complexité représentée comme l'écart entre les principales composantes du système: «les besoins d'un individu et la capacité des services de santé à répondre à ces besoins». Mais la santé et les soins sont aussi influencés par un contexte plus large, par exemple les déterminants sociaux et les politiques de soins de santé qui créent des motivations ou des obstacles économiques. Le modèle indique ces facteurs contextuels et leur influence dans des cases et des flèches en pointillé.

En reprenant ce modèle et les éléments concernant les prestataires de soins, nous avons élaboré une grille d'analyse de la complexité. Nous avons structuré la grille suivant les dimensions de l'outil Minnesota, et défini chaque caractéristique de complexité en reprenant les variables identifiées par le groupe de recherche MCCRN, l'objectif étant:

1. De fournir au médecin la palette complète des caractéristiques de complexité, non pas dans un objectif descriptif mais plutôt afin de permettre l'élaboration ultérieure d'un plan de soins. En effet, le médecin se focalise naturellement sur les dimensions médicales. Par conséquent,



(Adaptée de réf. 23).

fournir un cadre d'analyse global permet de mettre en relief les autres composantes de la complexité.

2. Pour chacun de ces éléments, de décider s'il rend la prise en charge difficile ou complexe. Comme l'exprime Peek: «La plupart des patients difficiles ont commencé par être complexes.»<sup>31</sup> Il utilise les termes «complexe» et «difficile» lorsqu'il décrit une situation où le patient ne semble pas obtenir les soins selon ses besoins.<sup>32</sup> Dans notre grille d'évaluation, nous avons repris ces deux termes pour permettre au professionnel de la santé de qualifier ces caractéristiques si elles sont présentes.

Les éléments de la grille d'analyse sont donc considérés deux fois, successivement:

- a) Si la caractéristique est présente.
- b) Si oui, est-ce que celle-ci rend la prise en charge difficile ou complexe?

Nous avons réuni 37 caractéristiques de complexité (**tableau 1**), que nous avons regroupées en 6 domaines:

1. Patient.
2. Médical.
3. Socio-économique et familial.
4. Acteurs.
5. Interactions entre les acteurs.
6. Éléments d'instabilité.

Lorsque toutes les caractéristiques sont évaluées, le médecin a une image plus précise de l'ampleur des éléments rendant la prise en charge difficile. Comme l'explique Lyons,<sup>33</sup> «l'évaluation de la complexité organise les observations en ce que vous allez faire à ce sujet». Pourtant, le cumul de ces dernières ne fera pas un score de complexité, puisque leur nombre n'influence pas forcément la complexité globale. Par ailleurs, Pingaud H. nous dit qu'il est difficile d'établir un score global par une formule d'agrégation de valeurs attribuées aux différents éléments de complexité. Ceux-ci ne se combinent pas de manière simple. Etablir un jeu de pondération pour chacun dans un calcul de moyenne, par exemple, cacherait une partie de la connaissance. Le problème est et doit rester un problème multicritère.<sup>34</sup>

En fin d'analyse, le médecin obtient tous les éléments de complexité pour lesquels la prise en charge standard n'est pas suffisante et qui peuvent favoriser la survenue d'événements indésirables. Cet état des lieux permet de détailler, pour son patient, quels éléments entre les besoins et les prestations sont en désaccord et de décider si une prise en charge en équipe interprofessionnelle devient pertinente.

<sup>a</sup>Le lymphothérapeute est impliqué dans la prise en charge des œdèmes chroniques.

### Vignette clinique de complexité de Mme Fl

Mme Fl, 76 ans, présente une insuffisance cardiaque congestive avec plusieurs décompensations ayant nécessité des séjours hospitaliers. Elle a par ailleurs des œdèmes des membres inférieurs chroniques d'origine mixte avec une composante d'insuffisance veineuse. Étant diabétique, sous insuline depuis de nombreuses années, la patiente présente des lésions cutanées récidivantes, parfois compliquées de dermohypodermite. Elle bénéficie du soutien de multiples professionnels, le médecin traitant, le diabétologue, de soins à domicile, un lymphothérapeute<sup>a</sup> et une aide au quotidien en raison d'une autonomie réduite.

Les événements aigus se multipliant ainsi que les séjours hospitaliers, le médecin traitant décide d'évaluer la situation de sa patiente (**tableau 2**) pour décider si une approche en équipe devient nécessaire.

Une séance interprofessionnelle avec la patiente et les intervenants pertinents permet de partager les différentes analyses et d'établir un plan de soins:

- La mobilité avec de l'activité physique est considérée comme essentielle par tous. Le proche aidant ainsi que des voisins vont accompagner la patiente pour qu'elle puisse marcher à l'extérieur de son logement quotidiennement.
- Afin d'identifier les signes précoce de décompensation cardiaque ou de lésion cutanée, la patiente, le proche et l'infirmière suivent une check-list des signes d'alerte et agissent en conséquence.
- L'assistante médicale programme une séance téléphonique hebdomadaire et explore les éléments du plan de soins avec la patiente. Au besoin, le médecin est notifié.
- Les membres de l'équipe mettent en pratique les décisions du plan de soins et informent les autres membres selon les modalités qu'ils ont établies. Finalement, un service d'urgence médicale reçoit une copie du plan de soins au cas où la patiente aurait besoin d'une prise en charge la nuit ou le week-end.

À la suite de la séance, la patiente et le proche comprennent mieux leurs rôles respectifs et ceux des professionnels. La communication se fait de manière fluide et l'anxiété liée au risque d'un événement inattendu diminue. Au fur et à mesure des échanges, les tâches de chacun se cristallisent et, progressivement, le médecin

traitant n'est sollicité plus que pour des questions d'ajustements thérapeutiques.

### CONCLUSION

Certains patients considérés comme complexes nécessitent une attention particulière et sont fréquemment une source de défis, notamment pour le médecin. Mettre en place une équipe interprofessionnelle coordonnée est souvent utile dans ce contexte. Pourtant, celle-ci nécessite des ressources importantes, tant au niveau des professionnels que du système de santé dans son ensemble. Il est dès lors nécessaire de pouvoir clairement identifier ce patient complexe. En faisant la revue de la littérature, on constate qu'il n'existe pas de définition de la complexité mais qu'il est possible de caractériser ses composantes.

Les premières tentatives d'exploration de la complexité ont ciblé le patient multimorbe avec les interactions que ces maladies peuvent avoir les unes avec les autres, cela créant des propriétés émergentes qui rendent l'usage des guides de pratique difficile. «La complexité est ce que je ressens lorsque je n'ai pas d'algorithme pour ce qui se trouve devant moi. Et pourquoi n'ai-je pas d'algorithme pour les patients complexes? Parce que nos algorithmes sont destinés aux maladies, pas aux personnes.»<sup>32</sup> Cette citation illustre le fait que la prise de décision et les soins fondés sur des données probantes sont généralement axés sur une maladie, et non sur un patient qui présente d'autres besoins en plus de cette maladie.

Rapidement, il est apparu que d'autres éléments, en dehors de la maladie, peuvent affecter la santé d'un patient et le rendre plus complexe. Pourtant les analyses récentes de la complexité insistent sur l'aspect opérationnel de l'évaluation; il ne s'agit pas tant de pouvoir «étiqueter» le patient du qualificatif de complexité que de pouvoir évaluer si les interventions de soins couvrent les besoins du patient. Pour cela, le groupe américain de recherche pour les maladies chroniques<sup>35</sup> propose de mettre en perspective les besoins du patient et la réponse des intervenants; pour ce groupe, la complexité réside dans l'inadéquation de la réponse du système aux besoins du patient.

Nous avons intégré cette perspective dans notre outil pour aider les professionnels à décider si leur patient présente des caractéristiques pour lesquelles la prise en charge est difficile ou complexe. C'est à la

**TABLEAU 1** Caractéristiques de la complexité et leur impact sur la prise en soins

<sup>a</sup>Capacité limitée à trouver de l'information, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer sa propre santé ou de développer son autonomie.

Caractéristique de la complexité	Présente	Présente et contribuant à rendre la prise en charge complexe ou difficile
<b>Patient</b>		
Âge avancé ( $\geq 75$ ans)		
Faible niveau de littératie <sup>a</sup>		
Barrière de communication		
Dépendance pour les activités de la vie quotidienne		
<b>Médicale</b>		
$\geq 2$ maladies somatiques et/ou problèmes chroniques		
$\geq 1$ maladie somatique et/ou problème mal contrôlé		
$\geq 5$ médicaments au long cours		
Gestion médicamenteuse difficile (patient et/ou professionnel)		
Delirium, démence, trouble mnésique ou autre trouble cognitif		
Comportement addictif (alcool, jeu, substances)		
Schizophrénie ou autres troubles psychotiques		
Troubles de l'humeur		
Troubles anxieux ou agressivité, troubles somatoformes		
Retard mental, troubles des apprentissages ou du développement		
Troubles alimentaires/sommeil, traits de personnalité inadaptés		
<b>Socio-économique et familiale</b>		
Situation financière précaire		
Problème d'assurance		
Accès difficile aux prestations de soins/sociales		
Difficultés à concrétiser ses engagements sociaux, professionnels ou familiaux		
Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
<b>Acteurs</b>		
Multiples professionnels		
Manque de professionnels		
Multitude de proches aidants et/ou membres de la famille		
Manque de proches aidants et/ou membres de la famille		
Implication déficiente du proche aidant		
<b>Interactions entre acteurs</b>		
Interactions insatisfaisantes, insuffisantes ou infructueuses		
Priorités et projet(s) de vie discordants entre les acteurs		
Faible degré de concordance thérapeutique entre les acteurs		
Agressivité verbale et/ou physique, conflit entre les acteurs		
Résistance ou opposition aux soins		
Inquiétude du patient et/ou proche aidant		
Charge émotionnelle et/ou épuisement des acteurs		
<b>Perturbation de l'homéostasie/Instabilité</b>		
Dégénération récente de l'état de santé et/ou de l'autonomie		
Risque d'événements indésirables		
Sollicitations imprévues récurrentes des professionnels, des proches aidants		
Perte de contact		
Période de transition		

<b>TABLEAU 2</b> Éléments de complexité de Mme Fl		
Caractéristiques de complexité	Présente?	Rendant la prise en charge complexe ou difficile?
<b>Patient</b>		
Âge avancé ( $\geq 75$ ans)	Oui	Non, son âge n'influence pas la prise en charge
Dépendance(s) pour les activités (instrumentales) de la vie quotidienne	Oui	Oui, la patiente se mobilise difficilement au quotidien, rendant l'accès aux soins difficile, et n'a pratiquement pas d'activité physique, ce qui est problématique pour son cœur et le syndrome métabolique
<b>Médicale</b>		
$\geq 2$ maladies somatiques et/ou problèmes chroniques	Oui	Non
$\geq 1$ maladie somatique et/ou problème mal contrôlé	Oui	Oui, elle présente des décompensations cardiaques récidivantes et des lésions cutanées chroniques
$\geq 5$ médicaments au long cours	Oui	Non
Gestion médicamenteuse difficile (patient et/ou professionnel)	Oui	L'ajustement des doses d'insuline est difficile par la patiente, provoquant des variations importantes de la glycémie
<b>Socio-économique et familiale</b>		
Situation financière précaire	Oui	Non, les soutiens sociaux sont en place
Logement inadapté et/ou barrière environnementale	Oui	Oui, habitant dans un immeuble avec un escalier difficile à franchir
<b>Acteurs</b>		
Multiples professionnels	Oui	Non, ceux-ci sont tous nécessaires à la prise en soins
<b>Interactions entre acteurs</b>		
Faible degré de concordance thérapeutique entre les acteurs	Oui	Oui, les messages sont souvent contradictoires par rapport à ses problèmes de santé
<b>Perturbation de l'homéostasie/Instabilité</b>		
Risque d'événements indésirables ne pouvant pas être prévenus ou gérés dans les délais optimaux	Oui	Oui, les décompensations cardiaques subites et les lésions cutanées sont rapportées trop tard

lumière de ces dernières que le professionnel peut évaluer l'utilité d'une prise en charge en équipe, confrontant son évaluation avec celle du patient et des autres professionnels impliqués.

Cette étape initiatrice permet le déclenchement d'une dynamique d'équipe, si ses membres le décident. L'analyse pourra être répétée à distance pour ajuster les interventions et réaliser les objectifs définis dans le plan de soins.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements:** Nous remercions toutes les institutions, les professionnel·le·s de la santé ainsi que tous les patient·e·s qui ont contribué, depuis 2012, aux réflexions autour de la complexité. Nous remercions en particulier nos collègues de l'Unité d'accueil temporaire médicalisée de Cité Générations (Grégory Marchand), de la Fondation SeAD (Stéphane Moiroux), du Service de médecine de premier recours des HUG (Christine Le Roy, Christelle Préaux Sirieix, Sophie Le Mer, Olivia Braillard et Dre Mayssam Nehme), de la Coopérative de soins infirmiers, Frédéric Budan, de l'Institution

genevoise de maintien à domicile (imad), et toutes les personnes qui ont participé au focus group interprofessionnel mené en septembre 2018 à l'initiative de PRISM.

#### DR NICOLAS PERONE

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) [www.prism-ge.ch](http://www.prism-ge.ch)  
Institut de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4  
[nicolas.perone@unige.ch](mailto:nicolas.perone@unige.ch)

#### MME SÉVERINE SCHUSSELÉ FILLIETTAZ

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) [www.prism-ge.ch](http://www.prism-ge.ch)  
Institut et haute école de la santé La Source  
1004 Lausanne  
[severine.schussele@prism-ge.ch](mailto:severine.schussele@prism-ge.ch)

#### PR FRANCIS WALDOVAGEL

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) c/o Berger, Van Berchem et Cie  
Rue de la Corraterie 26, 1204 Genève  
[francis.waldvogel@prism-ge.ch](mailto:francis.waldvogel@prism-ge.ch)

#### PRE JOHANNA SOMMER

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) [www.prism-ge.ch](http://www.prism-ge.ch)  
Institut de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine  
Université de Genève, 1211 Genève 4  
[johanna.sommer@unige.ch](mailto:johanna.sommer@unige.ch)

#### DR PHILIPPE SCHALLER

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) [www.prism-ge.ch](http://www.prism-ge.ch)  
Réseau Delta, Arsanté, Organisation en soins  
1213 Petit-Lancy  
[schaller@gmo.ch](mailto:schaller@gmo.ch)

#### PR JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

PRISM (Projet de réseau intégré de soins aux malades) Place du Manoir 12  
1223 Cologny, [www.prism-ge.ch](http://www.prism-ge.ch)  
Département de médecine, Université de Genève  
1211 Genève 4  
[jean-francois.balavoine@unige.ch](mailto:jean-francois.balavoine@unige.ch)

1 Buber I, Prskawetz A, Engelhardt H, Schwarz F, Winter-Ebmer R. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE. First Results Austria. Research Report 31. 2006. Disponible sur : [www.oewa.ac.at/fileadmin/subsites/institute/](http://www.oewa.ac.at/fileadmin/subsites/institute/)

VID/PDF/Publications/Forschungsberichte/FB\_31.pdf

2 Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity and Clinical Care. BMJ 2001;323:685-8.

3 Waldvogel FA, Balavoine JF, Perone N,

Schusselé Filliettaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. Rev Med Suisse 2012;8:1022-4.  
4 Boyd CM, Fortin M. Future of

Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? Public Health Rev 2010;32:451-74.  
5 Boyd CM, Leff B, Wolff JL, et al. Informing Clinical Practice Guideline

- Development and Implementation:**  
Prevalence of Coexisting Conditions among Adults with Coronary Heart Disease. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:797-805.
- 6 O'Connor PJ. Adding Value to Evidence-Based Clinical Guidelines. *JAMA* 2005;294:741-3.
  - 7 Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary Care for Patient Complexity, Not Only Disease. *Fam Syst Health* 2009;27:287-302.
  - 8 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:E1-25.
  - 9 Ritz C, Sader J, Notari SC, et al. Multimorbidity and Clinical Reasoning Through the Eyes of GPs: A Qualitative Study. *Fam Med Community Health* 2021;9:e000798.
  - 10 Berry-Millett R, Bodenheimer TS. Care Management of Patients with Complex Health Care Needs. *Synth Proj Res Synth Rep* 2009;52372.
  - 11 Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe: The Solid Facts. WHO Regional Office Europe, 2008.
  - 12 Giger M, De Geest S. De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *Bull Med Suisses* 2008;89:43.
  - 13 Gittell JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork Methods for Accountable Care: Relational Coordination and TeamSTEPPS®. *Health Care Manage Rev* 2015;40:116-25.
  - 14 OECD, World Health Organization. *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*. OECD, 2011 [cited 2021 Jan 8]. (OECD Reviews of Health Systems). Disponible sur : [www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011\\_9789264120914-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en)
  - 15 Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care* 2021;21:32.
  - 16 Rossini S, Legrand-Germanier V. Le système de santé. Politique, assurances, médecine, soins et prévention. Lausanne: EPFL Press, 2010.
  - 17 Mount JK, Massanari RM, Teachman J. Patient Care Complexity as Perceived by Primary Care Physicians. *Fam Syst Health* 2015;33:137-45.
  - 18 Nardi R, Scanelli G, Corrao S, et al. Co-Morbidity Does Not Reflect Complexity in Internal Medicine Patients. *Eur J Intern Med* 2007;18:359-68.
  - 19 Whittle J, Bosworth H. Studying Complexity Is Complex. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl.3):379-81.
  - 20 Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, et al. Children with Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. *Pediatrics* 2011;127:529-38.
  - 21 Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann Fam Med* 2009;7:357-63.
  - 22 Feinstein AR. The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
  - 23 Manning E, Gagnon M. The Complex Patient: A Concept Clarification. *Nurs Health Sci* 2017;19:13-21.
  - 24 Piette JD, Kerr EA. The Impact of Comorbid Chronic Conditions on Diabetes Care. *Diabetes Care* 2006;29:725-31.
  - 25 Boyd CM, Weiss CO, Halter J, et al. Framework for Evaluating Disease Severity Measures in Older Adults with Comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:286-95.
  - 26 Pefoye AJK, Bronskill SE, Gruneir A, et al. The Increasing Burden and Complexity of Multimorbidity. *BMC Public Health* 2015;15:415.
  - 27 Lynch J, Smith GD. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. *Annu Rev Public Health* 2004;26:1-35.
  - 28 Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient Complexity: More than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl.3):382-90.
  - 29 Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson ML. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care* 2017;17:2.
  - 30 Grembowski D, Schaefer J, Johnson K, et al. A Conceptual Model of the Role of Complexity in the Care of Patients with Multiple Chronic Conditions. *Med Care* 2014;52(Suppl.3):S7-14.
  - 31 Peek CJ, Heinrich RL. Building a Collaborative Healthcare Organization: From Idea to Invention to Innovation. *Fam Syst Med* 1995;13:327-42.
  - 32 \*Peek CJ. Integrating Care for Persons, Not Only Diseases. *J Clin Psychol Med Settings* 2009;16:13-20.
  - 33 Lyons JS. The Complexity of Communication in an Environment with Multiple Disciplines and Professionals: Commumetrics and Decision Support. *Med Clin North America* 2006;90:693-701.
  - 34 Pingaud H, Lamine E. Retour d'expériences en ingénierie des parcours de patients en situation complexe. In: MOSIM'20 - 13ème Conférence franco-allemande de modélisation, optimisation et simulation. 2020 [cited 2021 Aug 27]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03053698/file/RETOUR-D-EXPERIENCES-EN-INGENIERIE-DES-PARCOURS-DE-PATIENTS-EN-SITUATION-COMPLEXE.pdf>
  - 35 \*\* Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, et al. A Conceptual Model of the Role of Complexity in the Care of Patients with Multiple Chronic Conditions. *Med Care* 2014;52(Suppl.3):S7-14.

\* à lire