

Intermed: un modèle de soutien infirmier intégré en médecine de premier recours

OLIVIER WALGER^a, ANNE BRAMAUD DU BOUCHERON^b, VÉRONIQUE HABEREY-KNUESSI^c, MARCO PEDROTTI^d et Dr MARC GIOVANNINI^e

Rev Med Suisse 2024; 20: 187-91 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.858.187

Intermed, modèle de soins intégrant une infirmière de soutien en soins de premier recours (ISP), a été expérimenté de 2014 à 2021 dans un centre de médecine générale à La Chaux-de-Fonds. En collaboration avec le médecin et l'assistante médicale, l'ISP soutient une organisation proactive de type Chronic Care Model et se centre plus particulièrement sur les patients en situation chronique complexe. Intégrée dans le centre médical, l'ISP bénéficie d'une relation de proximité forte avec le médecin qui en fait un atout important. Si les prestations de l'ISP, sans surcoût apparent, clarifient souvent le fonctionnement du réseau autour des patients tout en permettant à ces derniers de reprendre un contrôle sur leurs soins, son statut d'indépendante rend son activité économiquement peu viable dans le cadre de la LAMal et nécessiterait un mode de salariat qui reste à inventer.

Intermed: an integrated nursing support model in primary care medicine

Intermed, a primary care support nurse (PCN) model, was piloted from 2014 to 2021 in a general practice in La Chaux-de-Fonds. In collaboration with the physician and medical assistant, the PCN supports a proactive Chronic Care Model organization, and focuses specifically on patients in complex chronic situations. Integrated into the medical center, the PCN benefits from a close relationship with the physician. Her services, without apparent additional cost, often clarify the functioning of the network around the patients while allowing the latter to regain control over their care. However, her independent status makes her activity economically unviable within the framework of the LAMal and would require a mode of salaried employment which remains to be invented.

INTRODUCTION

Tout médecin de premier recours en Suisse est amené à accompagner un certain nombre de patients souffrant de maladies chroniques non transmissibles (MNT). Si pour 75% d'entre eux, un suivi classique¹ est suffisant, 20% requièrent un accompagnement thérapeutique intensifié relevant du care management (suivi renforcé du patient, coordination des soins, soutien à l'autogestion à travers l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel, etc.) et 5% en situation complexe² nécessiteraient un case management biopsychosocial (accompagnement continu de proximité et adapté aux réalités psychosociales du patient, orientation, coordination des acteurs et des soins) afin d'assurer la continuité des soins et réduire les décompensations conduisant à des hospitalisations non programmées. Ces care et case management nécessitent des compétences que des infirmières formées et expérimentées pour gérer ce type de situations peuvent fournir.

Différentes formes de collaboration médico-infirmière en médecine de premier recours sont expérimentées en Suisse depuis quelques années.^{3,4} Intermed en est une; initiée par une infirmière et un médecin désireux de prendre en charge en binôme des patients en situation complexe dans une posture inclusive et proactive, elle a été testée à La Chaux-de-Fonds durant 7 ans (de 2014 à 2021). Trois médecins assistés de deux assistantes médicales et trois infirmières indépendantes, que nous avons nommées «infirmières de soutien en soins de premier recours (ISP)» y ont participé. L'activité a été documentée, évaluée, ajustée et modélisée à travers une recherche-action menée par la Haute école Arc Santé (HES-SO) financée par un fonds Innosuisse. L'encadré 1 explique la méthodologie de la recherche-action menée et le tableau 1 compare trois modèles expérimentés en Suisse.

Encadré 1: Méthodologie de recherche et observation des coûts

La recherche-action,¹⁰ plus particulièrement centrée sur les prestations de case management infirmier, a suivi un processus itératif en 8 cycles sur 3 ans (2018-2021) qui a permis d'investiguer et de développer, avec les acteurs du terrain, différentes dimensions de l'activité des ISP tout en évaluant les issues secondaires (qualité de vie, cohérence des soins, sentiment d'empowerment perçus par les patients et satisfaction des professionnels de la santé). Chaque cycle durait un trimestre et comprenait au minimum 7 observations directes et indirectes sur le terrain, 3 entretiens semi-directifs avec des patients et 2 groupes focus avec les professionnels impliqués dans des suivis de patients bénéficiant de la prestation Intermed (infirmières de soins à domicile, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Les données étaient retranscrites puis analysées selon une carte thématique composée de dimensions préétablies sur la base du modèle théorique retenu inspiré du Chronic Care Model^{11,12} et du Guided Care Model.¹³

L'ensemble des analyses était remis aux acteurs du terrain sous forme de feedbacks accompagnés de recommandations fondées sur la littérature lors d'une séance de coordination avec

^aMSc, Pr, Haute école Arc Santé - HES-SO, 2000 Neuchâtel, ^bMSc, Infirmière de pratique avancée, Home Bellevue, 2525 Le Landeron, ^cPhD, Pr, Haute école Arc Santé - HES-SO, 2800 Delémont, ^dPhD, Pr, Haute école Arc Santé - HES-SO, 2000 Neuchâtel, ^eMedi-Centre, 2300 La Chaux-de-Fonds
olivier.walger@he-arc.ch | 25nanebdb@gmail.com | veronique.haberey-knuessi@he-arc.ch
marco.pedrotti@he-arc.ch | m.giovannini.mc@hin.ch

l'équipe scientifique à la fin de chaque cycle. Les acteurs du terrain étaient libres d'appliquer les recommandations dans leur pratique professionnelle. Les commentaires qu'ils nous donnaient en retour nous permettaient de décrire puis de préciser progressivement le modèle Intermed tout en tenant compte des particularités, ressources et contraintes locales.

Une évaluation quantitative des issues primaires (coûts, hospitalisations, polymédication) et secondaires était prévue dans le protocole mais n'a pas pu être réalisée en raison d'un échantillon trop faible de patients. En effet, seuls 24 patients en situation complexe ont pu être intégrés et ont accepté d'entrer dans le protocole d'étude. La faiblesse de l'échantillon s'explique notamment par l'impossibilité de multiplier les prestations suite aux difficultés de financement présentées dans le point sur les limites. Nous avons néanmoins pu observer que le coût brut annuel moyen par patient est resté stable après 24 mois de prise en charge Intermed – CHF 14719.- au début versus CHF 14892.- à la fin - bien que la taille réduite de l'échantillon de ce projet pilote ne nous permette pas de généraliser ce résultat.

L'étude qualitative centrée sur les prestations en prévention secondaire a inclus 10 patients sélectionnés par choix raisonné en fonction de leur aptitude à partager leurs vécus et ressentis. Après 10 entretiens semi-dirigés, nous avons animé un focus-group limité à 4 patients en raison des restrictions sanitaires en vigueur à ce moment-là (fin 2020).

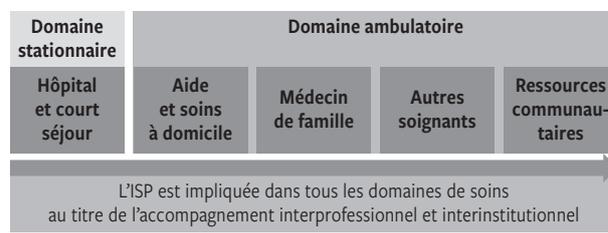
veut être un soutien de proximité pour le médecin avec qui elle collabore et pour le patient dont le suivi lui est confié. Alors que le médecin est souvent à flux tendu et absorbé par les problèmes aigus, l'ISP représente un pivot dans les actes nécessitant un investissement temporel important tels que l'évaluation approfondie des situations, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins, le soutien psychosocial, etc. Son interaction étroite avec les partenaires de la situation lui permet une perception élargie et un ajustement plus fin de sa prise en charge. Dans les situations de soins complexes où une collaboration avec les infirmières à domicile et les autres acteurs de santé est indispensable, l'ISP soutient ces professionnels et participe à leur coordination dans un rôle de *case manager* avec une perception et une analyse plus globales et distancées de la situation (figure 1). Proximité avec le médecin et coordination permettent ainsi une plus grande proactivité dans le repérage des ruptures d'équilibre et la mise en œuvre de mesures correctives. Les activités de l'ISP se déclinent en différentes fonctions et tâches présentées dans le tableau 2.

Rôles du médecin et de l'assistante médicale

Lors de ses consultations, le médecin identifie par sa connaissance dynamique des situations ou au moyen d'un outil de dépistage, celles devenues trop complexes pour un suivi

FIG 1 Position méta de l'ISP dans son rôle de case manager

ISP: infirmière de soutien en soins de premier recours.



(D'après réf.14).

PRÉSENTATION DU MODÈLE INTERMED

Rôle de l'infirmière de soutien en soins de premier recours

Collaborer avec une ISP nécessite son intégration dans le centre médical avec un espace dédié, à partir duquel elle peut exercer son activité avec efficacité et autonomie. Son rôle se décline en trois concepts principaux: soutien de proximité, coordination des acteurs et des soins et proactivité. L'ISP se

TABLEAU 1

Similitudes et différences avec les autres modèles infirmiers

En médecine générale.

PSS: Promotion santé suisse.

| MOCCA, canton de Vaud, en cours depuis 2019 ⁴ | Intermed, La Chaux-de-Fonds (NE) (2014-2021) | APN, Suisse alémanique en cours depuis 2016 ³ |
|--|---|--|
| Dénomination de l'infirmière | | |
| Infirmière de médecine de famille (IMF) | Infirmière de soutien en soins de premier recours (ISP) | Infirmière de pratique avancée (APN, pour Advanced Practice Nurse) |
| Prévention secondaire | | |
| Oui, avec des variations en fonction des centres médicaux | Oui, durant le financement par PSS-OFSP (2019-2020) à travers le programme PDS (Prévention dans le domaine des soins) | Non |
| Prévention tertiaire autour de cas complexes | | |
| Oui | Oui | Oui |
| Locaux à disposition de l'infirmière dans le centre médical | | |
| Oui/non, avec des variations en fonction des centres médicaux | Oui | Oui |
| Statut de l'infirmière et financement des prestations | | |
| Salariée d'Unisanté et financée par le canton de Vaud | Indépendante via l'OPAS (article 7) | Salariée du médecin et financée sur une base TARMED |

TABLEAU 2

Fonctions de l'infirmière de soutien en soins de premier recours

Les tâches et les exemples cités pour chaque fonction sont issus de situations réelles observées.

ISP: infirmière de soutien en soins de premier recours.

1. Évaluation globale du patient

Évaluation globale (statut médical, aspects psychosociaux et environnementaux)

L'ISP s'assure que le maintien à domicile est encore adapté, questionne tous les domaines d'activité du patient, les modalités pratiques (courses, etc.), la dimension relationnelle (liens, contacts sociaux) et les ressources, etc.

Évaluation clinique (aspects fonctionnels, cognitifs, nutritionnels, etc.)

Les ISP formées à l'examen clinique approfondi disposent indéniablement d'un atout majeur ici. Leur expertise dans ce domaine infirmier leur permet d'affiner leurs observations, d'en informer le médecin avec qui elles mettent en place un suivi cohérent

Évaluation de la cohérence de la prise en soins (notamment dans les situations complexes)

L'ISP adopte ici une position méta (figure 1), c'est-à-dire une prise de hauteur avec une position distancée qui lui permet d'avoir une vision d'ensemble et de coordonner la continuité des soins dans une perspective interinstitutionnelle et à l'aide d'un plan de soin personnalisé

2. Suivi du patient

Mise en place de procédures de rappel (monitoring des paramètres du patient)

L'ISP suit régulièrement l'état du patient, parfois à distance. Par exemple, elle réalise une évaluation approfondie d'un patient diabétique par téléphone. Elle questionne son état de santé, se préoccupe de la date du dernier fond d'œil et s'assure que la personne connaît les valeurs limites définies préalablement avec le médecin et la conduite à tenir (personne ressource, moyens à disposition) pour agir de manière sécurisée et efficace

Recherche de professionnels spécialisés

L'ISP coordonne également les spécialistes impliqués dans la situation. Par exemple, elle va joindre elle-même le chirurgien et convenir d'un rendez-vous pour le patient. Elle met également en place la physiothérapie et l'aide au ménage

Facilitation de la transition entre les différents lieux de soins et le domicile

L'ISP assure la continuité des soins lors des transferts entre différents contextes (hôpital, EMS pour un placement provisoire et/ou définitif, etc.) et le domicile

3. Soutien à l'autogestion

Évaluation des aptitudes à l'autogestion

Il s'agit d'une évaluation ciblée sur les besoins éducatifs et/ou motivationnels du patient, plus spécifiquement en prévention secondaire

4. Coordination et collaboration interprofessionnelle

Élaboration d'un plan de soins interprofessionnel (PSI)

Lorsque la situation se complexifie, suite à l'introduction de plusieurs nouveaux prestataires de soins, l'ISP entre dans son rôle de case manager et se charge d'organiser la collaboration interprofessionnelle: cela nécessite d'animer une rencontre en réseau, au domicile du patient et/ou au centre médical

Suivi du PSI à travers le plan de soins partagé (PSP)

Le plan de soins interprofessionnel posé, l'ISP se charge d'ouvrir un plan de soins partagé électronique en accord avec le patient et/ou ses proches et y introduit les objectifs et les tâches retenues. Chaque acteur peut, dès qu'il a reçu l'accès au PSP, y rajouter ses observations et évaluer l'atteinte des objectifs. Une appréciation permet d'indiquer si l'évolution rejoint ou s'écarte des objectifs, ce qui permet au médecin et à l'ISP, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de soins, de disposer d'un système de suivi et d'alerte quasi instantané et performant

Coordination et collaboration interprofessionnelle

L'ISP veille à une coordination efficiente des prestations et respectueuse des priorités du patient dans une position «méta», en évitant d'entrer dans une relation hiérarchique ou de surveillance. Si des manques sont identifiés, les partenaires s'organisent pour les combler en fonction de leurs compétences. Par exemple, lorsque la situation nécessite un soutien à domicile, l'ISP se charge de solliciter un service de soins pour réaliser les soins requis à domicile. Grâce au temps dont elle dispose, l'ISP peut également organiser des tables rondes, intervenir auprès de tiers parfois difficiles à joindre (curateurs, administrations, etc.)

5. Mobilisation des ressources communautaires

Évaluation et facilitation de l'accès aux ressources communautaires

L'ISP oriente certains patients vers des ressources communautaires existantes en fonction des besoins identifiés mis en évidence avec les patients. Cela peut aller du portage à domicile des repas à des groupes d'entraide ou des activités physiques encadrées par des professionnels formés

classique. Cet outil de bas seuil, inspiré de celui développé et promu par la Haute autorité de santé française,⁵ agglomère des déterminants de complexité dans les soins validés individuellement. Il permet une évaluation globale en fonction de critères d'inclusion pouvant être liés à des problématiques d'ordres médical, psychologique et/ou social. Une seule réponse positive suffit à engager la réflexion sur la proposition des prestations Intermed (tableau 3). Pour autant que le patient et/ou ses proches acceptent cette prestation, le médecin délègue le suivi à l'ISP dans le cadre d'une collaboration étroite qui s'affine au fil de rencontres hebdomadaires de concertation et d'ajustement entre l'ISP et le médecin. Entretemps, l'ISP organise ses interventions de manière autonome. Des consultations en binôme en présence du patient seul ou accompagné de proche(s) sont intégrées au suivi. Tout au long du parcours de soin, le médecin et l'ISP partagent les décisions avec le patient et l'ensemble des acteurs de la situation, en fonction des rôles et compétences. Il est important que l'intervention de l'ISP dans une situation impliquant plusieurs professionnels leur soit annoncée de façon explicite par le médecin, faute de quoi l'ISP pourrait être amenée à devoir justifier sans cesse sa présence dans le réseau.

L'assistante médicale joue un rôle capital dans l'accompagnement des patients, notamment grâce au tout récent brevet de coordination.⁶ Elle est souvent le premier interlocuteur du patient au cabinet médical et développe ainsi une bonne connaissance de celui-ci et de ses proches, ce qui lui permet de contribuer au repérage par le signalement de situations dépassant ses possibilités d'intervention (en temps, en complexité, en connaissances et en lieu d'intervention). Ainsi, l'ISP intervient progressivement dans les suivis au fur et à mesure que la complexité de la situation augmente (figure 2), apte à rencontrer le patient aussi bien au cabinet que dans son

TABLEAU 3

Outil de dépistage à l'usage du médecin

Patients atteints d'une pathologie sévère ou de polyopathologies: repérage du besoin d'inclusion dans la prestation Intermed

| | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|-----|-----|-------------|
| Le patient a-t-il été hospitalisé en urgence au cours des 6 derniers mois? | | | |
| Le patient a-t-il des problèmes de mobilité? A-t-il chuté au cours des 3 derniers mois? | | | |
| Le patient a-t-il des problèmes socioéconomiques? | | | |
| Le patient a-t-il des troubles cognitifs, mentaux ou comportementaux? | | | |
| Le patient est-il isolé? | | | |
| Le patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois? | | | |
| Le patient a-t-il rapporté avoir déjà rencontré des difficultés avec le système de santé? | | | |

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus

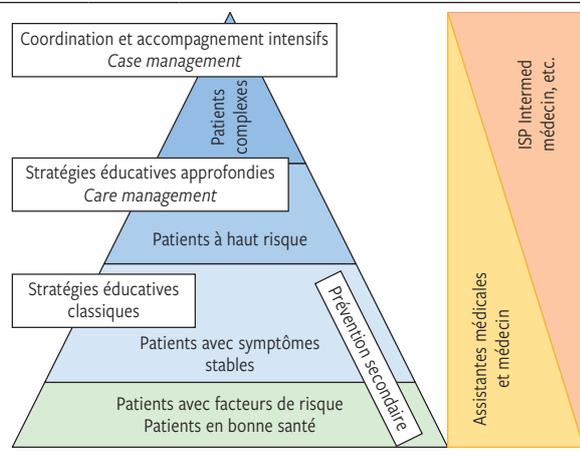
| | | | |
|---|--|--|--|
| Le patient paraît-il pouvoir bénéficier de la prestation Intermed? | | | |
| Si oui, le patient accepte-t-il une orientation vers l'infirmière Intermed? | | | |

(D'après réf:5).

FIG 2

Complémentarité entre médecin, assistante médicale et ISP

Le schéma illustre l'organisation interprofessionnelle au sein du cabinet médical. ISP: infirmière de soutien en soins de premier recours.



(D'après réf.1,15).

contexte de vie au contraire de l'assistante médicale qui exerce principalement ses activités au cabinet médical.

ATOUTS ET PLUS-VALUES

Bien que le modèle n'ait pu être développé au niveau souhaité – initialement prévue pour 4,5 équivalents plein-temps (EPT), l'activité n'a jamais dépassé 1 EPT en raison des limites expliquées plus loin, - nous avons pu mettre en évidence plusieurs atouts et plus-values du modèle Intermed sans augmentation apparente des coûts (**encadré 1**).

Relation de proximité

La proximité géographique de l'infirmière dans le même centre que le médecin généraliste avec qui elle travaille, constitue un atout important :

- Les patients perçoivent une collaboration interprofessionnelle cohérente et rassurante.
- L'ISP a une connaissance approfondie du patient et de sa situation, ce qui lui permet d'offrir des prestations pertinentes. La relation de longue durée entre le médecin et le patient, parfois établie depuis des années, voire des décennies,⁷ présente un avantage considérable pour l'ISP qui peut alors, grâce à sa proximité, faire rapidement connaissance du patient et lui proposer un accompagnement proactif sur le long cours avec des interventions adaptées.
- Les médecins gagnent un élargissement de leur perception de la situation et de son évolution en temps réel. Le gain de temps est considérable.

Renforcement des compétences et de l'empowerment des patients

Les prestations en prévention secondaire apportent également des plus-values significatives auprès des patients : amélioration de l'état de santé perçu, meilleure compréhension des liens entre les habitudes de vie et leurs conséquences en termes de

complications potentielles, amélioration du sentiment d'empowerment et notamment de la confiance en soi et de l'autodétermination, plus grande motivation à modifier ses habitudes de vie, élucidation facilitée des besoins et des priorités ainsi qu'une meilleure identification des ressources auprès des proches et de la communauté.

Clarification du réseau autour du patient

L'ISP est vue comme une personne neutre et facilitatrice dans des situations complexes où les objectifs ne sont pas clairs. Elle permet ponctuellement de faire un état des lieux, débroussailler, recréer le lien avec le patient dans la situation et, enfin, clarifier les objectifs et redonner une direction claire tout en tenant compte de l'avis des partenaires déjà impliqués.

Des compétences spécifiques de l'ISP qui valorisent la profession infirmière

La disponibilité de l'ISP et ses compétences relationnelles, éducatives et motivationnelles sont des atouts d'efficacité reconnus par une majorité des patients interviewés, ainsi que par les médecins impliqués. Son positionnement et le statut qu'elle incarne dans la représentation collective des patients font que l'ISP est identifiée comme une personne digne de confiance, dotée de compétences complémentaires à celles de l'assistante médicale et du médecin. Ces atouts sont renforcés par la confiance que lui accorde le médecin à travers une relation autant formelle qu'informelle au sein du centre médical favorisant la reconnaissance mutuelle.

LIMITES ET RECOMMANDATIONS

Statut d'indépendante : peu sécurisant pour l'ISP actuellement en Suisse

Les infirmières ISP Intermed ont mené leur activité comme infirmières indépendantes selon l'article 7 de l'OPAS⁸ et non pas comme salariées du médecin et/ou du centre médical. Le statut d'infirmière indépendante semble plutôt dissuasif en Suisse, d'autant plus si l'activité est nouvelle, peu reconnue et potentiellement risquée financièrement. En effet, la crainte, dissuasive, mais qui n'a pas pu être formellement objectivée, d'un revenu insuffisant en cas de non-remboursement des prestations par les assurances-maladie a constitué le motif principal de renoncement à entreprendre ou poursuivre l'activité Intermed pour 5 des 8 infirmières intéressées ou ayant exercé cette fonction. L'absence d'un local dédié à l'exercice de l'ISP constitue un autre motif. Afin d'assurer un revenu suffisant, certaines infirmières ont par ailleurs tenté une alternative hybride en conjuguant une activité salariée à 60-80% avec une activité Intermed à 10-20%. Ce dernier taux est cependant bien trop faible pour le suivi au quotidien des situations complexes, engendrant des frustrations de toutes parts.

Financement et collaboration interinstitutionnelle

L'intervention supplémentaire d'une ISP dans une situation dans laquelle des infirmières de soins à domicile sont déjà impliquées peut susciter, notamment au niveau de leurs cadres et directions, une crainte par rapport au financement des soins limité par les assurances-maladie. En effet, alors que

l'évaluation de l'ISP porte plutôt sur la situation et la cohérence de la prise en charge multidisciplinaire, l'évaluation des soins à domicile se centre sur les besoins en soins. La distinction entre les deux, peu claire dans l'OPAS,⁸ est parfois difficile à comprendre pour certaines assurances-maladie qui, sans clarification explicite et souvent chronophage de la collaboration entre les différentes infirmières, peuvent refuser le remboursement de ces prestations autant auprès des infirmières des soins à domicile qu'auprès des ISP. Environ 10% des factures sont ainsi restées non couvertes malgré une adaptation progressive de la facturation aux exigences des assurances-maladie et une amélioration des stratégies collaboratives pour déterminer les situations nécessitant l'intervention d'une ISP, organiser les suivis, construire des partenariats, etc.

Formations complémentaires

Une formation complémentaire s'avère nécessaire pour légitimer le rôle de l'ISP dans une équipe de soins en premier recours. L'ISP devrait avoir pratiqué cinq ans auprès de patients atteints de maladies chroniques, dont au moins un an dans une structure de soins à domicile; elle devrait aussi posséder de bonnes connaissances du système de santé suisse autant au niveau cantonal que fédéral, avec un titre postgrade en éducation thérapeutique et entretien motivationnel. Un coaching pour et avec l'ensemble des soignants du centre médical pourrait être une aide précieuse⁹ à l'implémentation de l'activité Intermed tout en tenant compte des spécificités locales et des préférences, des contraintes et des ressources des différents acteurs. Par ailleurs, l'obtention d'un titre d'infirmière praticienne spécialisée de niveau Master permettrait à l'ISP de contribuer à l'évaluation clinique des patients complexes et d'instaurer des mesures correctrices proactives en autonomie, toujours dans une perspective interprofessionnelle.

CONCLUSION

L'intervention d'une ISP Intermed dans une prise en charge pluriprofessionnelle de patients ayant un besoin élevé de soins en médecine de premier recours améliore la qualité des soins. Les interventions des différents acteurs sont en cohé-

rence avec le projet global de soins, clairement explicité et partagé. La satisfaction des acteurs augmente dès lors que le rôle de l'ISP et le modèle de prise en charge sont bien compris. Les contraintes tarifaires actuelles sont le frein principal à la pérennisation du modèle. Afin de s'affranchir de cet obstacle, le salariat de l'ISP pourrait constituer une piste, notamment dans le cadre de l'article 59b LAMal (soutien fédéral aux modèles de soins innovants) entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

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

Financement du projet: Fonds Innosuisse (n° 18881.2); HES-SO; ASI (Association suisse des infirmiers et infirmières).

Accord de la commission d'éthique pour la recherche sur l'être humain (Swissethics) du canton de Vaud (CERVD): BASEC 2018-02392.

Remerciements: Les auteurs remercient Mesdames Sophie Brisbard et Christelle Haussner (ISP Intermed), Dr Stéphane Coppi et Dr Romain Nattero (médecins de premier recours), Mesdames Marijke Grozea, Coralie Schaller et Daddy Hamba (assistantes et secrétaire médicales), Messieurs Philippe Nussbaumer et Claude Fischer (direction administrative de Medi-Centre) pour leur engagement actif dans le projet, l'avoir autorisé et soutenu, la CSS pour l'estimation comparative des coûts de leurs assurés impliqués et finalement, la société Colnec Health pour nous avoir donné l'opportunité de tester et collaborer au développement de leur plan de soins partagé électronique.

ORCID ID:

O. Walger: <https://orcid.org/0009-0001-9680-7794>

M. Pedrotti: <https://orcid.org/0000-0002-3821-5408>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le rôle infirmier de coordination fait sens en médecine de premier recours dans un système de santé fragmenté.
- Le binôme médico-infirmier soutenu «sous le même toit» par les assistantes médicales est pertinent dans la prise en charge de patients avec des maladies chroniques non transmissibles (care management) et de patients complexes (case management) en médecine de premier recours.
- Le salariat de l'infirmière est une condition à la pérennisation de cette activité.
- Le modèle Intermed est disponible sur le site de la HE-Arc: www.he-arc.ch/publications/intermed-un-modele-de-soutien-infirmier-integre-en-medecine-de-premier-recours/

1 *Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr.* 2007;1:1-8.

2 Waldvogel FA, Balavoine JF, Perone N, Schussel-Fillietaz S. Les malades complexes: de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Rev Med Suisse.* 2012 May 9;8(340):1022-4.

3 *Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [En ligne]. 2019;20(1):163. Disponible sur: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1055-z>

4 *Schütz M, Senn N, Cohidon C. Le projet pilote Mocca: une nouvelle organisation des cabinets de médecine

de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Rev Fr Aff Soc* [En ligne]. 2020;1:337-50. Disponible sur: www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-337.htm

5 Haute Autorité de Santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire: «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?» [En ligne]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, 2014. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

6 OrTra formation des assistantes médicales. Examen professionnel pour la coordinatrice/teur en médecine ambulatoire avec brevet fédéral [En ligne]. 2015;5. Disponible sur: www.odamed.ch/fr/home.html

7 Hetlevik O, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general

practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Dec;30(4):214-21.

8 Département Fédéral de l'Intérieur. Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS [En ligne]. Bern, Suisse, Switzerland: DFI, 2012. Disponible sur: www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr

9 MacColl Institute for Healthcare Innovation. Integrating Chronic Care and Business Strategies in the Safety Net [En ligne]. 2008;636. Disponible sur: www.ahrq.gov/ncepcr/care/chronic-tool/index.html

10 Koshy E, Koshy V, Waterman H. Action research in healthcare. London, UK: SAGE Publication Ltd, 2011.

11 Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.

12 *Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* [En ligne]. 2002;288(14):1775-9. doi: 10.1001/jama.288.14.1775.

13 Boulton C, Giddens J, Frey K, Reider L, Novak T. Guided Care: a new Nurse-Physician partnership in chronic care. New-York: Springer, Publishing Compagny, 2009.

14 *Office fédéral de la santé publique. Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés [En ligne]. Berne, Suisse: 2018. Disponible sur: 180322_BAG_HkV_web_f_01.pdf

15 Peytremann Bridevaux I, Burnand B. Prévention et prise en charge des maladies chroniques: une approche applicable en Suisse. *Bull Med Suisses* 2009;90(32):1217-21.

* à lire