

Parcours de soins. La possibilité de renforcer la prise en charge des personnes âgées et d'optimiser leurs parcours de soins mais aussi de santé s'obtient en 5 étapes, mais suppose malgré tout quelques conditions favorables.

La médecine de parcours : l'exemple de la prise en charge des sujets âgés

RÉMY BATAILLON*,
CATHERINE
GRENIER**

* Conseiller auprès de la Haute Autorité de santé, Saint-Denis-La Plaine, France. École des hautes études en santé publique, Rennes, France.

** Directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis-La Plaine, France
r.bataillon@has-sante.fr

R. Bataillon et C. Grenier déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Compte tenu de la fragmentation de l'offre de soins, médico-sociale et sociale, et de l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et de handicaps, l'accent mis sur les parcours de santé et leur promotion est un des moyens d'accroître la performance du système de santé (prise en compte des besoins de prévention, sanitaires et sociaux des patients au plus près de leur lieu de vie, limitation des actes inutiles et hospitalisations évitables...). Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé place ces sujets comme objectifs prioritaires. Avant cela, deux rapports publiés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)^{1, 2} et un rapport coordonné par Alain Cordier³ mettaient en avant la nécessité de promouvoir la médecine de parcours.

Mais que signifie au juste cette médecine de parcours, que change-t-elle pour les cliniciens qui considèrent déjà « faire du parcours » comme monsieur Jourdain faisait de la prose ?

En s'appuyant sur un ensemble de publications de la Haute Autorité de santé relatives aux parcours des personnes âgées, nous tentons d'apporter quelques éléments de réponse en organisant une réponse à travers les 5 points développés ici.

1 Commencer par repérer une fragilité débutante

Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant fait une chute récente ou deux chutes depuis 1 an ou ayant une fragilité débutante, ce qui représente 15,5 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile.⁴ L'effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. Cela incite à repérer la fragilité le plus tôt possible.⁵ La Société française de gériatrie et de gérontologie définit la fragilité comme étant « ... un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (extrait de la fiche *Points clés & solutions* publiée par la Haute

Autorité de santé [HAS] « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? »).⁵

La HAS recommande ainsi de repérer la fragilité chez les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, à l'aide de critères explicites (fig. 1).

Ce repérage doit être réalisé de manière opportuniste par les soignants ou les services sociaux et d'aide à la personne dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Il s'agit d'une vigilance collective. Pour que ce repérage soit effectif, il est utile, dans un territoire, de choisir avec l'ensemble des acteurs concernés les critères de repérage et, à cette occasion, de partager une même compréhension de ce qu'est la fragilité et pourquoi la repérer en organisant, par exemple, un temps commun de concertation et formation ; et de déterminer avec ces derniers à qui les résultats seront transmis et quelles suites leur seront données.

Le repérage de la fragilité est ainsi la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions formalisées dans un plan personnalisé de soins. L'efficacité de cette démarche tient au caractère complet de l'évaluation, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi et à la coordination des acteurs.

2 Évaluer ensuite formellement la situation de la personne

L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle.⁶ Elle peut être réalisée de manière séquentielle et consiste à rechercher la présence des facteurs somatiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux associés au risque de perte d'autonomie.

Les domaines à explorer lors d'une évaluation de la personne repérée comme fragile sont la stratégie diagnostique et thérapeutique, les altérations des fonctions supérieures, la souffrance psychique, les déficits sensoriels, l'état bucco-dentaire, l'état nutritionnel, la mobilité et l'équilibre, l'autonomie, le statut économique et social (rédigé à partir de la fiche *Points clés & solutions* publiée par la HAS « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? »).⁶

Pour cela, le médecin traitant peut s'appuyer sur les autres membres de l'équipe de soins et, le cas échéant, utiliser les prestations proposées par les caisses de retraite, les mutuelles et les services d'aide à la personne. Il peut également adresser la personne à un gériatre libéral, à une consultation avancée de gériatrie et, dans certaines situations, à un hôpital de jour de gériatrie ou encore faire appel à la plateforme territoriale d'appui.

La réalisation de cette évaluation suppose de la part des acteurs concernés dans un territoire de se mettre d'accord sur ses modalités et d'éviter ainsi les évaluations redondantes ou les disparités de réponses apportées.

3 Élaborer collectivement, avec la personne et son entourage, un plan personnalisé de santé

Les résultats de l'évaluation doivent ensuite être partagés entre les professionnels ayant participé à sa réalisation et font l'objet d'une priorisation selon l'existence de risques pour la santé ou la sécurité de la personne et les possibilités de trouver des solutions.⁷ L'avis de la personne et celui de son entourage sont recueillis, et

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :


Nom du médecin traitant :

Tél :

Email :

Nom du médecin prescripteur :

Tél :



Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____ Rendez-vous programmé le : _____

Médecin traitant informé : OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr

Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Fig. 1. Exemple de critères de repérage de la fragilité proposés par le gérontopôle de Toulouse. Extrait de la fiche *Points clés & solutions* publiée par la Haute Autorité de santé « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? ».

des objectifs communs sont adoptés, aboutissant, si plusieurs interventions sont nécessaires, à un plan personnalisé de santé (PPS) ; véritable feuille de route partagée entre les soignants et avec le patient pour assurer une coordination de la prise en charge. Dans ce cadre, la prévention vise ensuite à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité, avec une attention particulière pour la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité, le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée, la réduction de la polymédication et

l'optimisation thérapeutique, l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation. Le plan personnalisé de santé doit être réévalué à une échéance donnée, variable d'une personne à l'autre, mais au minimum une fois par an. En dehors des échéances programmées, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé de la personne âgée, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou dans la composition de l'équipe de soins.

Pour la réalisation et la mise en œuvre d'un PPS sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne, les points clés sont :

- la désignation d'un référent du PPS ;
- le recueil des préférences et attentes du patient ;
- la définition avec lui des objectifs d'interventions ;
- sur cette base, la planification explicite des interventions et la définition des responsabilités ;
- la détermination des critères pour évaluer la mise en œuvre des interventions et l'atteinte des résultats ;
- la fixation des dates de révision du PPS ;
- l'organisation des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPS ;
- la rédaction du PPS, à partir du mode d'emploi publié par la HAS.⁷

Ainsi, la rédaction et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé (v. encadré) suppose, dans un territoire, de renforcer les collaborations entre les soignants et avec les ressources de la communauté à travers, par exemple, des temps de concertation réguliers, un dispositif d'échange et de partage d'informations ou encore des protocoles communs.

4 Organiser une vigilance renforcée et permanente pour les événements indésirables liés aux médicaments

La HAS rapporte que le médicament est la première cause d'événements indésirables associés aux soins, et la plupart de ces événements indésirables liés aux médicaments correspondent à des médicaments usuels souvent indispensables (anticoagulants, diurétiques, antiagrégants, antihypertenseurs, psychotropes), et cette cause est évitable. Pour cela, la HAS recommande notamment de repérer les patients à risque (fig. 2), de mettre en place, pour chacun d'entre eux, des alertes, de faire une revue des maladies et des traitements à partir d'une liste actualisée des médicaments délivrés, éventuellement

consolidée sur la base du dossier pharmaceutique et du compte Ameli du patient, et de renforcer l'information et l'implication du patient ainsi que son suivi.⁸

Cette démarche nécessite une collaboration entre, au minimum, le médecin traitant, l'infirmier et le pharmacien pour, par exemple, établir la liste complète des médicaments, harmoniser l'information aux patients, évaluer l'observance des médicaments, repérer les alertes ou encore renforcer les compétences des patients (éducation thérapeutique). Elle nécessite aussi une collaboration avec les acteurs hospitaliers pour organiser les sorties d'hospitalisation, moments de majoration du risque iatrogène, en s'appuyant sur la lettre de liaison de sortie qui permet notamment d'assurer la conciliation médicamenteuse initiée lors de l'admission et de rendre lisibles les modifications thérapeutiques réalisées lors du séjour hospitalier.

5 Renforcer le suivi dans les périodes à risque de rupture, en particulier après une hospitalisation

Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14 %, ⁹ et la proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23 % de la totalité des réadmissions.¹⁰ Pour les réduire, la HAS recommande :¹¹

- pendant l'hospitalisation : le repérage précoce, au moment de l'admission, des patients à risque de réhospitalisation, l'évaluation de patients repérés à risque et l'élaboration d'un plan personnalisé de santé. La HAS note qu'impliquer, dès cette étape, le patient lui-même, son entourage et ses soignants habituels est un facteur de succès ;
- au moment de la sortie : la transmission, le jour même, d'un compte-rendu d'hospitalisation ou à défaut d'un

Si vous répondez OUI à une des 5 questions, le patient a un risque d'événement indésirable médicamenteux			
		O	N ?
1	Personne avec au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe ¹		
2	Personne avec au moins 10 prises quotidiennes de médicaments incluant l'automédication ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant ou 2 psychotropes		
3	Personne avec des difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies		
4	Personne avec antécédent d'effet indésirable lié au médicament		
5	Personne avec un accès aux soins limité ²		
Selon vous, la personne nécessite-t-elle une intervention spécifique pour réduire ce risque ?			

¹ Cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique
² Isolement ou déni du patient, problèmes médico-économiques

Fig. 2. Critères de repérage des patients à risque d'événement indésirable médicamenteux. Extrait de la fiche *Points clés & solutions* publiée par la Haute Autorité de santé « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? ». D'après réf. 8.

document de sortie. Un modèle de lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation a d'ailleurs été publié ;¹²

– à domicile : la continuation des interventions débutées à l'hôpital et le suivi du patient, en priorité à travers des visites à domicile. Dans les cas complexes, le suivi peut être assuré par un dispositif spécifique de coordination des interventions telle que le proposent les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) pour certains patients et, demain, les plateformes territoriales d'appui.¹³

Les situations à risque de réhospitalisations évitables sont :

– les hospitalisations en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive, un syndrome coronaire aigu ;

– un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;

– un antécédent d'hospitalisation non programmée dans les 6 derniers mois ;

– une situation sociale défavorable (précarité, isolement) [extrait de la fiche *Points clés & solutions* publiée par la HAS, « Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? »].¹¹

DES CONDITIONS FAVORABLES REQUISES

Renforcer la prise en charge des personnes âgées, optimiser leur parcours, non seulement de soins mais aussi de santé, suppose, comme l'illustre cet article, l'existence de conditions favorables en termes à la fois de coordination entre les acteurs dans un territoire et d'implication des personnes et leur entourage.

Organiser la coordination des acteurs dans les territoires

Les conditions favorables à la coordination entre les acteurs correspondent à un ensemble de processus et de dispositifs mis en place progressivement dans un territoire.

Il s'agit tout d'abord d'organiser des concertations pluriprofessionnelles régulières. Ces concertations peuvent concerner une personne, débouchant alors sur un plan person-

nalise de santé,¹⁴ ou une situation clinique récurrente, menant alors à un protocole pluriprofessionnel.¹⁵

Il s'agit aussi d'échanger et de partager des informations sur les prises en charge et sur les résultats de soins. Pour cela, les acteurs sont invités à mettre en place un système d'information partagé qui repose sur des documents structurés comme le « volet médical de synthèse »,¹⁶ la « lettre de liaison » à la sortie d'hospitalisation,¹² et le « dossier de liaison d'urgences »¹⁷ et sur le recueil de données standardisées dont l'exploitation permet de calculer des indicateurs. Il s'agit enfin de repérer sur le territoire les dysfonctionnements et les besoins mal couverts pour y remédier à travers un plan d'actions partagé par tous les acteurs.¹⁸

L'ensemble de ces processus et de ces dispositifs doit, autant que possible, être à l'initiative des professionnels de soins primaires. Toutefois, ces derniers ne disposent pas toujours du temps ou des compétences pour cela. Pour les soutenir dans leurs démarches, la loi de modernisation de notre système de santé a prévu de mettre en place des plateformes territoriales d'appui, responsables de fonctions d'appui auprès des professionnels de soins primaires¹³ et des communautés professionnelles territoriales de santé, chargées de soutenir les initiatives de coordination des professionnels de santé.¹⁹


Impliquer les personnes et leur entourage

L'implication des patients peut être envisagée à un niveau individuel, à travers sa prise en charge (élaboration du PPS, programme d'éducation thérapeutique...) et à un niveau collectif à travers des initiatives pour améliorer la qualité des soins (méthode du patient traceur, pairs aidants, participation à la conduite d'une démarche qualité...) et la gouvernance du système de santé (engagement dans des instances de démocratie sanitaire). La nature de cette implication peut se situer sur un continuum de l'information, la consultation, l'implication au parte-

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

◆ Le plan personnalisé de santé (PPS) permet de tracer et, par conséquent, d'exploiter et de valoriser la démarche de coordination proactive engagée par les professionnels de santé avec la personne. L'enjeu est moins de renseigner un formulaire que de consolider cette démarche. Or elle impacte significativement les manières de travailler et les cultures professionnelles. Elle nécessite, par exemple, de concilier les agendas de chacun et de disposer d'un lieu pour organiser un temps de concertation, de conduire des échanges où l'expertise de chacun est valorisée et où tous parlent le même langage, d'utiliser un système d'information partagé et d'y intégrer le PPS, de recueillir des données cliniques structurées et de les exploiter pour identifier les besoins de la personne en dehors d'une consultation ou d'une visite à domicile ou encore de considérer les personnes comme des partenaires.

◆ Ces quelques exemples illustrent le défi que représente la consolidation d'une telle démarche et invitent à accompagner les évolutions sous-jacentes par un ensemble d'initiatives : agenda partagé, formation pluriprofessionnelle, système d'information partagée, personne ressource pour organiser les temps de concertation... initiatives potentiellement portées par les « plateformes territoriales d'appui » sous la forme de fonctions d'appui et par les « communautés professionnelles territoriales de santé ».

nariat. Ce partenariat est un mode de relation avec les professionnels qui se caractérise par trois composantes fondamentales : le patient est reconnu comme un membre à part entière de l'équipe de soins ; ses savoirs expérientiels sont reconnus comme complémentaires de ceux des professionnels ; les décisions sont prises en fonction de son projet de vie.²⁰ Toutefois, la collaboration avec les professionnels, que ce soit au niveau individuel ou collectif, dépend en partie du niveau d'expérience avec la maladie du patient mais aussi de ses capacités à communiquer ses savoirs expérientiels. Elle suppose aussi de la part des professionnels une grande ouverture d'esprit et d'écoute mais aussi de former et d'informer les patients. 

RÉSUMÉ LA MÉDECINE DE PARCOURS : L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DES SUJETS ÂGÉS

Le parcours de santé d'une personne âgée peut être envisagé sur la base de cinq initiatives concrètes reposant sur des recommandations de la Haute Autorité de santé : commencer par repérer une fragilité débutante ; évaluer ensuite formellement la situation de la personne ; élaborer collectivement, avec la personne et son entourage, un plan personnalisé de santé ; organiser une vigilance renforcée et permanente pour les événements indésirables liés aux médicaments ; renforcer le suivi dans les périodes à risques de rupture, en particulier après une hospitalisation. Optimiser ainsi les parcours des personnes âgées suppose toutefois l'existence de conditions favorables en termes à la fois de coordination entre les acteurs dans un territoire et d'implication des personnes et leur entourage.

SUMMARY CARE PATHWAY: THE EXAMPLE OF THE MANAGEMENT OF ELDERLY SUBJECTS

The care pathway of an old person can be envisaged on the basis of five concrete initiatives based on recommendations of the French High Authority of Health: to start by identifying a beginning fragility; formally evaluate the person's situation; develop collectively, with the person and his entourage, a personalized health plan; organize increased and permanent vigilance for adverse drug events; strengthen monitoring during periods of risk of rupture, particularly after hospitalization. Optimizing the pathways of older people, however, presupposes the existence of favorable conditions in terms of both coordination between the actors in a territory and the involvement of people and their entourage.

RÉFÉRENCES

1. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. <http://bit.ly/2gfUUTO>
2. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011. <http://bit.ly/2yKIXLZ>
3. Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages » ? Juin 2013. <http://bit.ly/2ix9tBU>
4. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:675-81.
5. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Fiche Points clés & solutions, juin 2013. <http://bit.ly/1ruDwKA>
6. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Fiche Points clés & solutions, décembre 2013. <http://bit.ly/1cJVb5v>
7. HAS. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risques de perte d'autonomie (PAERPA), juillet 2013. <http://bit.ly/2gDESSC>
8. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Fiche Points clés & solutions, juin 2013. <http://bit.ly/1shuidj>
9. Laniece I, Couturier P, Dramé M, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing* 2008;37:416-22.
10. Van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract* 2012;18:1211-8.
11. HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Fiche Points clés & solutions, juin 2013. <http://bit.ly/2zMWvIH>
12. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24 heures. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation, octobre 2014. <http://bit.ly/2y2QIZ4>
13. Légifrance. Décret relatif à la mise en place des plateformes territoriales d'appui. JORF n° 0156 du 6 juillet 2016, texte n° 23. <http://bit.ly/2xkPcCf>
14. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Fiche Points clés & solutions, mars 2015. <http://bit.ly/2zzhbyt>
15. HAS. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? Fiche Points clés & solutions, février 2015. <http://bit.ly/2z3EtQZ>
16. HAS. Synthèse médicale. Volet de synthèse médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale, octobre 2013. <http://bit.ly/2gn5bp>
17. Haute Autorité de santé. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. Fiche Points clés « Organisation des parcours », juillet 2015. <http://bit.ly/2y3uTIU>
18. Haute Autorité de santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche Points clés & solutions, septembre 2014. <http://bit.ly/2yPLa8>
19. Légifrance. Article de loi relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé. <http://bit.ly/2gyt0xz>
20. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al. Le « Montreal model » : enjeu du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique* 2015;29:41-50.

VOIR AUSSI

Dossier « Organisation des soins » (Rev Prat 2017;67:551-73).

- Médecine (clinique) et santé publique
- Organisation pour la prise en charge des urgences
- Organisation des soins en cancérologie
- Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants
- Organisation de l'offre de soin pour les patients atteints de maladies rares

