

Concept et modèle de consultance

Titre du document : Concept et modèle de consultance

Nature/type du document : Document cadre

Processus de référence : P2

Champ d'application : EMSP

Objectif : Indiquer les lignes directrices du concept et modèle de consultance en vigueur au sein du SPL

1. Objectif de la procédure

Ce document vise à expliciter le modèle de consultance appliqué par les EMSP intra et extra hospitalière du CHUV – RSRL.

2. Définition

Le cadre définissant les activités des EMSP s'inscrit dans la définition donnée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2013), selon lesquels les EMSP :

« (...) soutiennent les fournisseurs de prestations de premier recours dans des situations qui demandent une formation spécialisée en soins palliatifs. Elles contribuent ainsi à ce que des patients caractérisés par l'instabilité de leur situation médicale puissent rester chez eux ou dans un EMS et à ce que leurs symptômes soient traités ou stabilisés au mieux. Sur demande de la 1^{ère} ligne, l'équipe peut, dans des situations définies, participer directement à la prise en charge voir prendre en charge le(s) patient(s). » (OFSP & CDS, 2013, pp. 39-40).

Dans ce cadre, les EMSP se positionnent comme une ressource spécialisée au service de la première ligne, visant à soutenir la qualité, la continuité et la pertinence de la prise en charge palliative.

Le présent concept de consultance s'appuie désormais principalement sur le modèle conceptuel « Consultation – Soins partagés – Prise en charge complète » (*Consultation-Shared Care-Takeover, C-S-T*) décrit par Pereira et al. (2024), qui permet de décrire, clarifier, opérationnaliser et monitorer les modalités d'intervention des équipes spécialisées de soins palliatifs en relation avec la première ligne. Ce modèle est retenu car il :

- Fournit un langage commun et partagé,
- Explicite les enjeux de responsabilité clinique,
- Met en évidence les risques de dérive de rôle,
- Soutient une réflexion organisationnelle et clinique continue.

3. Responsabilité

CODIR (Comité de direction).

4. Description

4.1 Postulats généraux de la consultance

La consultance est conçue comme un processus dynamique impliquant trois groupes d'acteurs :

- La première ligne
Les professionnels de santé responsables de la prise en charge directe et globale du patient. Ils conservent, selon le modèle retenu, un rôle central dans la coordination, la décision et le suivi.
- Les consultants (EMSP)
Les membres de l'EMSP interviennent en deuxième ligne, sur la base d'un mandat explicite formulé par la première ligne. Leur intervention peut inclure : expertise clinique spécialisée, soutien décisionnel, accompagnement des situations complexes et renforcement des compétences.
- Les patients et leurs proches
Les bénéficiaires directs de la prise en charge palliative. L'intensité et la fréquence de l'implication directe de l'EMSP auprès d'eux dépendent du modèle d'intervention retenu et du mandat donné.

4.2 Le mandat de consultance

L'intervention de l'EMSP repose sur un mandat évolutif, tenant compte :

- De la demande formulée par la première ligne,
- Du contexte clinique et organisationnel,
- De la complexité de la situation,
- Des besoins du patient et de ses proches.

Ce mandat est susceptible d'évoluer au fil du temps et peut nécessiter un ajustement explicite du modèle de collaboration, en accord avec la première ligne. À ce titre, le mandat s'inscrit dans le cadre du modèle de référence des EMSP du SPL, à savoir : « *Consultation – Soins partagés – Prise en charge complète* ».

Ce modèle décrit un continuum de trois modalités d'intervention, non pas comme des catégories fixes, mais comme des positions sur un spectre, permettant une adaptation progressive et contextualisée de l'implication de l'EMSP.

Les trois modalités d'intervention sont les suivantes :

- *Consultation*
La consultation correspond à une intervention ciblée et limitée dans le temps, visant à répondre à une demande précise formulée par la première ligne. Dans ce cadre, la responsabilité clinique globale demeure à la première ligne, l'EMSP formule des recommandations (avec ou sans contact direct avec le patient) et le suivi est ponctuel et prend fin une fois la demande traitée.

- *Soins partagés*

Les soins partagés reposent sur une responsabilité conjointe, clairement définie, entre la première ligne et l'EMSP. Dans ce cadre :

- Les objectifs de soins sont définis conjointement entre la 1^{ère} ligne et l'EMSP
- La communication est étroite, régulière et réciproque entre les référents du cas
- Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont explicités et documentés
- Le suivi est coordonné selon des domaines de prise en charge distincts.

Ce type d'intervention requiert un haut niveau de communication ainsi qu'une clarté organisationnelle, et demeure plus exigeant à mettre en œuvre.

- *Prise en charge complète*

Ce type de prise en charge correspond à une situation dans laquelle l'EMSP, de manière temporaire ou durable, le rôle principal de responsabilité. Ce type d'intervention est indiqué en cas de forte complexité clinique ou d'indisponibilité de la première ligne. Dans ce cadre, la responsabilité clinique et décisionnelle est transférée à l'EMSP ; toutefois, une communication informative régulière avec l'ancienne première ligne demeure impérative.

Le choix du modèle d'intervention repose sur l'analyse conjointe de cinq domaines/indicateurs clés :

- Étendue de la prise en charge,
- Responsabilité des prescriptions des traitements,
- Modalités de communication interprofessionnelle,
- Organisation du suivi,
- Identification de l'intervenant clinique responsable (EMSP ou première ligne).

Ces cinq domaines permettent d'objectiver le modèle utilisé, d'anticiper les risques de confusion et de documenter les choix organisationnels. Plusieurs modalités peuvent se succéder dans le temps pour un même patient, sans préjuger d'une hiérarchie de valeur entre elles ; les différents niveaux d'intervention et respectives exemples sont présentes ci-après.

Indicateur/ Question	Consultation (Niveau 1)	Consultation élargie (Niveau 2)	Soins partagés (Niveau 3)	Prise en charge complète (Niveau 4)	Prise en charge complète (Niveau 5)
Étendue de la prise en charge <i>Quels aspects des soins sont pris en charge par l'EMSP ?</i>	Besoins en SP dans un ou deux domaines	Besoins en SP dans plusieurs domaines, incluant certaines comorbidités	Besoins en SP pris en charge par l'EMSP ; les autres besoins par la 1 ^{ère} ligne	La majorité des besoins du patient ; implication limitée de la 1 ^{ère} ligne	L'ensemble des besoins du patient, en SP et au-delà.
Prescription <i>Qui prescrit les traitements ?</i>	Principalement 1 ^{ère} ligne ; EMSP exceptionnellement avec accord de la 1 ^{ère} ligne	Principalement 1 ^{ère} ligne ; EMSP exceptionnellement avec accord de la 1 ^{ère} ligne	EMSP pour les SP ; 1 ^{ère} ligne pour les autres traitements	Principalement EMSP ; prescription limitée par la 1 ^{ère} ligne	EMSP prescrit l'ensemble des traitements
Communication <i>Quelle communication a lieu avec la 1^{ère} ligne ?</i>	Communication écrite ou verbale ponctuelle avec recommandations	Communication écrite ou verbale ponctuelle avec recommandations	Communication continue et étroite ; réunions périodiques	Communication réciproque limitée avec la 1 ^{ère} ligne	Peu ou pas de communication ; informations ponctuelles possibles
Suivi <i>Qui assure le suivi et à quelle fréquence ?</i>	Une ou quelques visites ; désengagement une fois la demande traitée	Plusieurs visites jusqu'à stabilisation ; désengagement ensuite	Suivi continu partagé selon des domaines distincts	EMSP assure la majorité du suivi ; suivi limité par 1 ^{ère} ligne	EMSP assure l'ensemble du suivi
Intervenant responsable <i>Qui est identifié comme l'intervenant clinique responsable du cas ?</i>	1 ^{ère} ligne	1 ^{ère} ligne	1 ^{ère} ligne et EMSP selon responsabilités convenues	EMSP devient la responsable du cas	EMSP devient la responsable du cas

Enfin, la modalité retenue doit être explicitée, documentée et réévaluée au cours du suivi. En conclusion, la « consultation » favorise la diffusion des compétences et la durabilité du système, tandis que les « soins partagés » permettent une prise en charge plus intégrée mais requièrent des ressources relationnelles élevées. La « prise en charge complète », bien que parfois indispensable, comporte un risque de dépendance et de dilution du rôle de la première ligne lorsqu'elle devient dominante.

Les EMSP sont donc amenées à naviguer de manière flexible et consciente entre les différents modèles d'intervention, en fonction de l'évolution des situations cliniques. L'objectif n'est pas l'application rigide d'un modèle unique, mais une adaptation contextualisée, réfléchie et explicitée, centrée sur les besoins du patient et de ses proches, le soutien durable de la première ligne et la qualité globale du système de soins palliatifs. Le cadre de Pereira et al. (2024) constitue donc désormais la référence conceptuelle centrale pour guider cette réflexion et assurer la cohérence clinique et organisationnelle des interventions des EMSP.

5. Indicateurs qualité

Le dispositif est suivi à l'aide d'indicateurs qualités définis dans le document « Indicateurs qualité – Gouvernance clinique ».

6. Documents associés

Respectifs documents de processus opérationnels de la prise en charge par les EMSP.

7. Références

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). (2013). *Soins palliatifs : financement des soins de premier recours et spécialisés (ambulatoires et longue durée)*. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie_bundkantone/palliativecare/bt_finanzierung_palliative_care_f.pdf

Pereira, J., Klinger, C., Seow, H., Marshall, D., & Herx, L. (2024). Are we consulting, sharing care, or taking over? A conceptual framework. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 104–115. <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0079>