

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DANS LES SITUATIONS COMPLEXES : MIEUX PRIORISER GRÂCE À L'APPROCHE ASCOP

HEYMAN I (1), BELCHE JL (1), STASSEN A (1), KERSTEN H (1), BURET L (1)

RÉSUMÉ : L'application des recommandations de bonne pratique rencontre des défis spécifiques dans les situations complexes ou de multimorbidités. Dans ces cas, la proposition est de déplacer le focus : des soins orientés vers les maladies à des soins orientés vers les objectifs du patient, dans lesquels la gestion des maladies devient un moyen, pour soutenir l'atteinte des objectifs de vie de la personne. L'approche ASCOP («Aide et Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne») propose une méthode et des outils pour la mise en œuvre de cette démarche. L'approche implique aussi une série de conditions de mise en œuvre. Elle propose une prise de décision partagée, où les professionnels de santé traduisent les objectifs personnels du patient en objectifs professionnels réalisistes. Elle favorise une meilleure coordination des soins, améliore l'adhésion du patient et répond à différents défis du système de santé actuel. Elle apporte un complément à d'autres approches déjà existantes dans les pratiques. Des exemples concrets et des initiatives en cours illustrent l'application de cette méthode.

MOTS-CLÉS : ASCOP - Multimorbidité - Soins complexes - Objectifs de la personne

**CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN COMPLEX SITUATIONS :
BETTER PRIORITISATION USING THE GOC APPROACH**

SUMMARY : The application of clinical practice guidelines faces specific challenges in complex or multi-morbid situations. In these cases, the proposal is to shift the focus from disease-oriented care to patient's goal-oriented care, in which disease management becomes a means of supporting the achievement of the person's life goals. The GOC approach ("Goal Oriented Care") offers a method and tools for implementing this approach. The approach also implies a series of conditions for implementation. The GOC involves shared decision-making, with healthcare professionals translating the patient's personal goals into realistic professional objectives. It promotes better coordination of care, improves patient compliance and responds to various challenges in the current healthcare system. It complements other approaches that already exist in the practices. Concrete examples and current initiatives illustrate the application of this method.

KEYWORDS : GOC - Multimoridity - Complex care - Person's goals

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE, L'IMPASSE DE LA MULTIMORBIDITÉ

La gestion des maladies chroniques («non-communicable diseases») est une des priorités sanitaires au même titre que la gestion des maladies transmissibles (1). Pour ce faire, les systèmes de santé se calquent souvent sur le Chronic Care Model (CCM) (2). Ce dernier a notamment l'avantage de suggérer une approche centrée sur le patient (3) et l'intégration des recommandations de bonne pratique (2). Cependant, le CCM, les recommandations de bonne pratique (RBP) et les indicateurs de suivi et de qualité ont comme faiblesse de ne s'intéresser qu'à une seule maladie à la fois (4).

Pourtant, la prévalence de la multimorbidité et le nombre de morbidités identifiées qui la constituent, augmentent avec le vieillissement de la population (5). Ainsi, près de 50 % des

personnes de plus de 65 ans ont plus de trois maladies chroniques. Au niveau d'une population, c'est toutefois les moins de 65 ans qui représentent le plus grand effectif de patients en état de multimorbidité (5), avec la co-occurrence, chez un même patient, de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, l'obésité, l'hyperlipidémie, les maladies cardiaques ou bronchopulmonaires (4). De plus, on observe l'association fréquente de problèmes de santé physiques et de maladies mentales (ex. : dépression, démence et troubles psychotiques). Cette relation entre maladies physiques et mentales subit aussi l'influence des conditions socioéconomiques, avec une probabilité plus élevée de l'association pour les populations les plus défavorisées (5).

Il est donc légitime de s'interroger sur la pertinence d'une approche par maladie dans un contexte d'addition des maladies chez une grande proportion de la population. Dans notre système de soins, la multiplication des approches spécifiques par maladie porte en elle, la multiplication de recommandations spécifiques, d'interlocuteurs spécialisés, de réseaux de soins, de réseaux de communication, etc, chacun s'appuyant sur son propre plan de soins. La fragmentation des soins est pointée comme une entrave à l'accès aux

(1) Unité de recherche Soins primaires et Santé, Département de Médecine Générale, ULiège, Belgique.

soins de qualité (6). La simple addition des recommandations de pratique pour plusieurs pathologies chez un même patient a des conséquences en termes d'interactions médicamenteuses et d'observance du traitement (7). Les indicateurs relevés pour mesurer l'efficacité d'une action de prise en charge de maladie chronique sont souvent des marqueurs biologiques spécifiques à la maladie ciblée, des signes et des symptômes ou plus rarement un effet sur la mortalité (globale, ou spécifique à la maladie) (8). En situation de multimorbidité, les marqueurs biologiques d'une telle maladie vont s'ajouter à ceux des autres affections présentes. L'accumulation de ces indicateurs issus de recommandations de bonne pratique édictées pour chaque problème va représenter, pour le médecin, un tableau de bord hétéroclite. Les dimensions d'autonomie, de capacité fonctionnelle, de qualité de vie sociale ou relationnelle, ou de qualité de vie globale, sont, le plus souvent, ignorées car non spécifiques d'une maladie ou plus proches de la composante psychosociale de la santé (9).

Les RBP se basent sur des résultats de RCTs («Randomised Clinical Trials», études cliniques contrôlées) ciblant, le plus souvent, un seul problème de santé et dont les personnes âgées et/ou présentant des multimorbidités sont souvent exclues (7, 10). Sur base de tout ce qui précède, dans des situations de multimorbidité, il est difficile de prendre une décision clinique et d'estimer les risques et bénéfices des options thérapeutiques portées par chaque recommandation (4).

PARTIR DES OBJECTIFS DU PATIENT

Tinetti et coll. (10) ont rassemblé divers acteurs du système de santé dont des médecins cliniciens généralistes et spécialistes, et ont identifié trois obstacles principaux à la prise en charge adéquate de personnes présentant des multimorbidités : la prise de décision orientée sur les maladies et non sur les patients; une délimitation inadéquate des rôles et responsabilités entre cliniciens; et une trop faible attention aux objectifs et préférences de soins des patients et de leurs aidants. Les acteurs ont alors défini comme stratégie d'identifier les objectifs du patient lui-même et d'aligner tous les soignants derrière ces objectifs, devenus communs à tous (10). La proposition est donc de déplacer le focus : des soins orientés vers les maladies à des soins orientés vers les priorités du patient, dans lesquels la gestion des maladies devient

un moyen pour soutenir l'atteinte des objectifs de la personne.

Cette approche alternative était déjà proposée par le Dr James Mold et coll. (11), puis par Reuben et Tinetti (8) : il s'agit de se concentrer sur les objectifs prioritaires de santé de la personne elle-même, selon les différentes dimensions de la santé. Par exemple, une personne présentant une maladie de Parkinson pourrait avoir des objectifs liés aux symptômes (réduire la rigidité, et prévenir les chutes), des objectifs liés au statut fonctionnel (pouvoir continuer aller à la salle de bain seule, même si c'est avec un rollator), et des objectifs liés à ses activités relationnelles (comme pouvoir se servir de l'ordinateur pour communiquer avec son petit-fils par mail, ou pouvoir aller à l'église), alors qu'il ne sera peut-être pas prioritaire pour lui de réduire ses tremblements, de marcher sans aide, ou de continuer à exercer un travail rémunérant. Ou tout autrement, il pourrait préférer être le plus mobile possible (8). Le **Tableau I** compare des exemples d'objectifs tels que dictés par le contrôle des maladies ou plutôt par le respect des objectifs de la personne.

Bernsten et coll. ont identifié différentes catégories d'objectifs en santé qui peuvent être exprimés par les patients (12) : les objectifs dits fonctionnels pouvant aller de rester continent à être capable de grimper une montagne, les objectifs dits biologiques comme l'absence de maladie ou de symptôme et les objectifs dits socio-adaptatifs, qui peuvent être soit une capacité personnelle à surmonter des déficits, soit une capacité à adapter l'environnement pour tenir compte de ces déficits (par exemple, maintenir une mobilité autonome malgré un handicap moteur, peut impliquer une capacité à s'adapter à la conduite de la voiture avec les fonctions motrices préservées, et/ou à adapter la voiture à ces fonctions motrices). Ces différents types d'objectifs sont ceux le plus souvent portés par des professionnels. À côté de ces objectifs, les patients peuvent aussi avoir des objectifs personnels, liés à leur droit ou souhait d'être partie prenante dans les décisions les concernant, y compris pour leur santé, à leur volonté d'autonomie et de se sentir reconnus en tant que personne à part entière, ou au sens que chacun donne à sa vie.

L'opérationnalisation des objectifs s'exerce dans un processus de prise de décision partagée, où la tâche du professionnel sera de traduire les objectifs de la personne en objectifs professionnels réalisables et respectant le cadre clinique, financier, éthique et légal (12). Une stratégie pourrait être de poser les objectifs personnels de la personne en haut d'une

Tableau I. Comparaison d'exemples d'objectifs orientés vers les maladies *versus* des objectifs de vie
Inspiré de Reuben et coll. (8)

Maladie / Problème	Exemples d'objectifs médicaux classiques	Exemples d'objectifs de la personne selon l'approche «Ascop»
Bronchopneumopathie chronique obstructive Insuffisance cardiaque	Symptômes contrôlés (dyspnée, œdème) Arrêt des facteurs de risque (tabac)	Se sentir moins essoufflé, avoir moins mal aux jambes. Continuer les balades en forêt et le jardinage Continuer à aller à ses après-midi de pétanque Arrêter de fumer peut ne pas être prioritaire
Arthrite, maladie fonctionnelle invalidante	Contrôle des marqueurs inflammatoires Réduction – contrôle des symptômes douloureux Scores fonctionnels <i>ad hoc</i> selon la pathologie	Confort : Avoir moins mal Gérer la douleur de manière à ce qu'elle n' invalide pas (trop) les activités importantes pour le patient Être capable de réaliser soi-même, ou compenser l'incapacité à réaliser, les activités définies comme importantes : par ex pouvoir s'habiller seul, faire ses courses, aller chercher ses petits-enfants à l'école, conduire la voiture, ...
Diabète	Marqueurs biologiques (cible HbA _{1c} ,...) Régime respecté Perte de poids Espérance de vie / mortalité	Pas d'objectif si asymptomatique ! Poids «de forme» Après information sur les risques encourus à long terme : contrôler la maladie pour assurer sa qualité de vie dans la durée, au service d'un projet dans la vie (voir grandir ses petits-enfants)

échelle hiérarchique, lesquels seraient rencontrés grâce à la poursuite d'objectifs fonctionnels, biologiques, ou adaptatifs (12), dont découlent les procédures et tâches des professionnels selon leurs compétences. Vanneste et coll. ont énoncé un schéma traduisant à la fois la prise en compte des objectifs dits «de vie» de la personne, les objectifs de soins et les tâches, dans un cadre de prise en compte permanente des valeurs et préférences de la personne (Figure 1) (13).

L'AIDE ET LES SOINS CENTRÉS SUR LES OBJECTIFS DE LA PERSONNE

Comme énoncé plus haut, le Docteur James Mold et ses collaborateurs proposent de réorienter les soins vers les objectifs de la personne, ou «Goal Oriented Care» (GOC) (11). Depuis 2019, cette approche, traduite en «Aide et soins centrés sur les objectifs de la Personne» (ASCOP), est promue par la Fondation Roi Baudouin (14). La proposition est de changer d'orientation, de quitter l'approche par problème pour se tourner vers l'approche par objectifs de vie et de santé du patient. La démarche ASCOP peut s'exercer lors de tout contact avec un patient : il s'agit d'aider la personne à formuler ses objectifs et ses préférences, pour en faire le cap d'une prise de décision partagée.

Pour ce qui concerne les situations complexes ou de multimorbidités, une méthode et des outils sont proposés, basés sur les attributs du GOC

tel que décrits par Boeykens et coll. (15). Cette méthode se base sur l'importance d'apprendre à connaître la personne, son contexte, son histoire et son entourage, de prendre un temps structuré de définition des priorités, pour les décliner dans un plan de soins interdisciplinaire (patient et entourage compris). Elle comprend également une démarche d'évaluation de l'atteinte des objectifs et d'un feedback quant à la qualité relationnelle. Ces étapes sont déclinées dans la Figure 2.

Plusieurs initiatives s'exercent à cette manière de travailler, essentiellement en première ligne d'aide et de soins (16), et leurs expériences servent de base tant à des recherches et publications en cours qu'à un site internet franco-phone de partage des savoirs, méthodes et outils compilés au fil du temps (voir le site www.ascop.be).

DES OPPORTUNITÉS

Tinetti et coll. (10) émettent l'hypothèse que cette approche, adressée à des patients présentant une multimorbidité, répond à plusieurs défis actuels du système de santé : elle contribuerait à améliorer l'efficience des soins, elle simplifierait la prise de décision concernant les options diagnostiques et thérapeutiques, et elle amélioreraient l'adhésion du patient à des actions ou traitements convergeant avec ses propres objectifs et préférences (10). De plus, l'approche ASCOP soutiendrait le décloisonnement

Figure 1. Stratégie objectifs de vie – objectifs de soins - plan de soin, selon Vanneste et coll. (13)

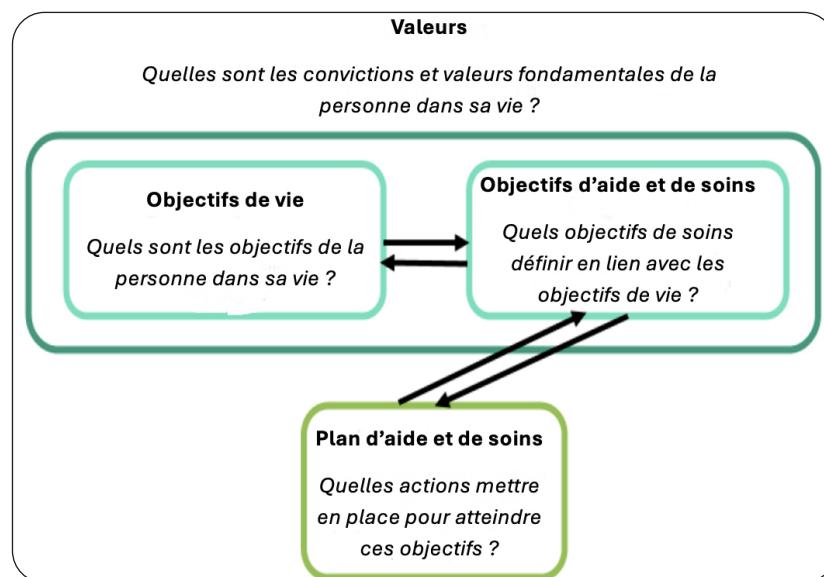
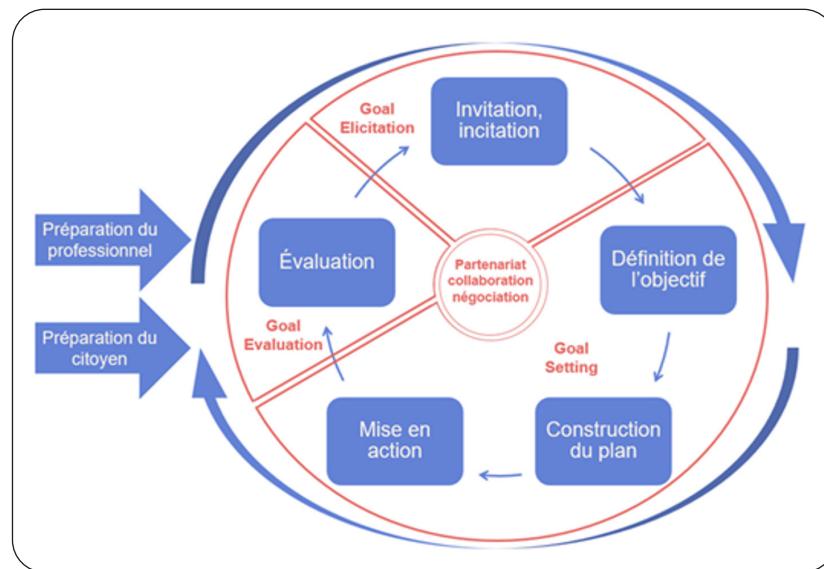


Figure 2. Traduction du modèle conceptuel de Boeykens et coll. (15) en étapes pour une méthode de travail ASCOP



entre les différents professionnels, le patient et son entourage, tous alignés sur les objectifs du patient, évitant ainsi des charges de travail non nécessaires et des soins non souhaités (3, 10). La priorisation selon des objectifs communs à tous, définis par le patient lui-même, rencontrerait une des conditions de bonnes collaborations interprofessionnelles : le fait de s'aligner sur des objectifs favorise une vision commune de ce qu'il y a à mettre en œuvre (17).

Cette approche est aussi portée par des principes légaux, éthiques, et d'efficacité (12) :

- **Les droits Humains** prévoient le droit pour chaque individu de faire ses propres choix, dans tous les aspects de sa vie, y compris sa santé.
- **L'équilibre** entre le «paternalisme bienveillant» et l'autonomie du patient est un défi permanent pour chaque soignant.

- *L'implication du patient* et son engagement dans ses propres soins apportent des meilleurs résultats en matière de santé et de résultats fonctionnels.

DES DÉFIS À RELEVER

Du côté du professionnel, l'approche ASCOP appelle à un changement de posture. La démarche nécessite que le soignant se tourne vers la personne et ses priorités plutôt que vers la maladie et le problème. Cette démarche propose un processus multidimensionnel, dynamique et itératif (15) : les objectifs et le plan de soins peuvent varier d'une personne à l'autre, mais aussi dans le temps pour une même personne. Or, la plupart des professionnels ne sont pas préparés à gérer les objectifs personnels larges et fluctuants liés à un «projet de vie» (12). En outre, les choix opérés par le patient peuvent différer de ce qui est établi par les RBP.

Certains prérequis et certaines compétences sont utiles. Le professionnel doit s'inscrire dans une logique de partenariat-patient, où le patient est co-détenteur de choix et de décisions à prendre, ainsi qu'acteur dans la mise en œuvre de certaines actions. Cela implique de renforcer la confiance mutuelle et de renforcer la personne dans ses capacités, ses compétences, son droit à identifier et exprimer ses propres priorités, de savoir écouter, de traduire ce qu'on comprend pour le vérifier, d'aider la personne à exprimer ou reformuler des objectifs qui soient atteignables. Il s'agit de chercher l'équilibre de la relation entre soi-même et le bénéficiaire, et cela implique d'oser changer de place, d'accepter d'être interpellé, bousculé dans ce qu'on conçoit comme bon pour la personne qu'on a en face de soi, de développer sa capacité de prise de recul par rapport à ses propres priorités, peurs, valeurs et limites, pour les considérer en regard de celles du patient et de son entourage. Parfois, voire souvent, aligner les objectifs de l'un et les préoccupations de l'autre implique d'entrer dans une démarche de dialogue et de négociation.

L'approche ASCOP invite également à travailler et communiquer en interdisciplinarité, avec différents professionnels de soins et d'aide : il faut notamment partager avec d'autres les objectifs prioritaires définis avec le patient. Puis l'élaboration d'un plan de soins et sa réalisation nécessitent du partage d'informations, du brainstorming, l'élaboration de stratégies ainsi que des ajustements, un soutien continu et un suivi orienté vers la personne dans son

ensemble plutôt que vers l'autogestion d'une maladie (3). À chaque étape, il est prévu d'associer tant le patient que son entourage, en tant que co-acteurs dans la démarche, toujours en tenant compte du contexte, des ressources et capacités, des valeurs et préférences du patient.

On peut supposer que le monde médical travaille déjà en tenant compte des objectifs des patients. Néanmoins, d'après une enquête auprès de patients présentant une maladie chronique, bien que les patients évaluent positivement la volonté des professionnels de construire une relation de confiance, d'écouter vis-à-vis d'eux, il ne semble pas aussi clair que leurs objectifs ou priorités aient été interrogés ou aient été pris en compte pour une prise de décision concernant leurs soins (18). Selon une autre étude, les objectifs professionnels ont tendance à rester liés à la gestion de la maladie plutôt qu'aux priorités du patient (3). Par exemple, Van Ngoc et coll. citent également l'ASCOP comme une stratégie prometteuse, mais encore trop peu appliquée, dans la prise en charge de personnes dépendantes des benzodiazépines (19).

Certains obstacles pratiques sont également à prendre en compte. Les outils de communication ne sont pas encore interdisciplinaires, les dossiers médicaux ne prévoient pas encore d'enregistrement des objectifs de la personne. Le mode de financement d'un grand nombre d'acteurs n'invite pas à consacrer du temps à la concertation.

Du côté de la personne bénéficiaire, des conditions préalables sont également utiles. Elle doit consentir à et être capable de partager explicitement ses besoins. Parfois, elle aura besoin de guidance. Il s'agit aussi de s'adapter au niveau de littératie, à l'accès à la langue et à l'écrit. La personne doit être capable de mobiliser ses valeurs et ses préférences pour vérifier que les objectifs définis collent avec ce qui est important pour elle. La démarche est utile et accessible pour tous types de publics, à condition que les professionnels mettent en place les éléments préparatoires nécessaires.

Une série d'acteurs s'attachent à développer des initiatives pour surmonter ces obstacles et développer la démarche ASCOP. Tinetti et coll. (10) et Vanneste et coll. (16) décrivent des étapes, des composantes nécessaires, des obstacles et des leviers pour l'implémentation de soins orientés vers les objectifs du patient dans un service de soins de santé, à partir d'expériences d'acteurs. Blaum et coll. décrivent également une expérience de mise en œuvre, en articulation entre des pratiques de

première ligne et des services spécialisés (20). Dans certaines pratiques belges de médecine générale, les lettres de référence aux spécialistes comportent une nouvelle rubrique, comportant les questions que se pose le patient (dans une logique de littératie en santé) et les objectifs de la personne à ce moment (dans une logique ASCOP) (Figure 3). Au CHU de Liège, le service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale a mis en place l'utilisation d'un outil de priorisation des objectifs et besoins par et avec la personne (ELADEB) pour organiser et suivre le retour à domicile des personnes en situation complexe (21, 22).

CONVERGENCES

L'approche ASCOP amplifie une tendance qui est déjà en marche. Ainsi, dès ses débuts, le principe de «médecine basée sur les données probantes» (evidence-based medicine) prévoit trois composantes, dont «l'identification la plus réfléchie et l'utilisation la plus compatissante des facteurs déterminants, des droits et des préférences de chaque patient lors de la prise de décisions cliniques concernant leurs soins» (23).

L'approche de chaque patient par son statut fonctionnel dépasse l'approche parcellaire par maladie et s'attarde sur le statut résultant de la multimorbidité spécifique à chaque patient. Des échelles de mesure de ce statut fonctionnel existent et sont aussi intensivement utilisées en gériatrie autour du contexte de fragilité («frailty»). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), supportée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), prend en compte les diffé-

rentes composantes de la santé de l'individu et étend l'analyse à des facteurs contextuels (personnels et environnementaux). Le «Resident Assessment Instrument» (RAI), construit autour de la CIF, propose une évaluation interdisciplinaire qui prend en compte les choix du patient et de son entourage (24). L'approche développée dans les sciences infirmières par Virginia Henderson et l'évaluation des 14 besoins fondamentaux, enseignée dans les études de sciences infirmières, amène une dimension supplémentaire de jugement par le patient de sa capacité et motivation à combler une perte ou maintenir un état (25). Ces avancées sont une première étape.

Dans le même sens, les PROMs («Patient-Reported Outcomes Measures») et les PREMs (Patient-Reported Experience Measures) apportent un soutien à la prise de décision partagée, améliorent la communication entre patients et soignants, et offrent aux prestataires de soins une meilleure image de l'impact d'une maladie et de son traitement sur les résultats qui sont importants pour les patients eux-mêmes. Les PROMs/PREMs favorisent le glissement vers des soins davantage axés sur le patient et aident à percevoir, de manière plus nuancée, les résultats et l'efficacité des interventions de soins (26). Diverses initiatives orientées vers une meilleure coordination, les soins intégrés, le case management ou les trajectoires cliniques insistent sur la prise en compte de la personne, de ses préférences et de son contexte, mais ne portent pas nécessairement beaucoup d'attention sur les objectifs des personnes ou sur l'alignement des objectifs entre les personnes et les professionnels. Le «Chronic Care Model», basé notamment sur les RBP, insiste sur le

Figure 3. Encart dans une lettre de référence d'un médecin généraliste vers un spécialiste. D'après une idée de la Maison Médicale Saint-Léonard (Liège)

	<p>Les objectifs prioritaires du patient sont les suivants :</p>
	<p>Les questions du patient sont notamment les suivantes :</p>

«patient actif et informé», mais cela ne s'étend pas jusqu'à l'expression de ses objectifs (12).

Plus loin dans l'évolution de la place du patient dans la relation thérapeutique, la littérature à propos des soins centrés sur la personne («patient-centred care»), outre la prise en compte du contexte et des valeurs de la personne, insiste sur l'importance des objectifs personnels. Les notions de décision médicale partagée, d'autonomisation du patient, d'empowerment font également écho à cette évolution (9, 27). Pourtant, le mouvement des soins centrés sur la personne ne parvient pas vraiment à réorienter les forces des soins centrés sur la maladie vers des soins centrés sur les objectifs (12).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) propose une démarche de soutien à l'autonomie de la personne et, dans ce cadre, invite également à prendre en considération tant le contexte que les valeurs, préférences et objectifs de la personne. Le point de départ de l'ETP est néanmoins déjà la prise en charge d'une maladie (28). L'«Advanced Care Planning» (ACP), ou les soins palliatifs, sont parmi les pratiques qui développent déjà bien le principe des soins orientés vers les préférences du patient. Là encore, l'approche ASCOP peut faciliter, et devancer, l'ACP et les soins palliatifs, en partant des priorités du patient dans les soins actuels, dans la vie telle qu'elle se présente à ce moment-là, et pas seulement dans la projection de soins futurs (10). En cela, elle peut préparer et faciliter la collecte des informations quant aux préférences ultérieures.

Plusieurs acteurs, tant en médecine générale que dans le secteur hospitalier, s'intéressent à l'outil de «Santé positive» (29), démarche développée par des acteurs de la première ligne hollandaise et qui répond assez bien au principe de l'ASCOP. D'autres méthodes et outils existent également (16).

CONCLUSION : RÉCONCILIER TRAJECTOIRES DE SOINS ET MULTIMORBIDITÉ

Les RBP et le «Chronic Care Model» font partie intégrante de l'amélioration des soins de santé pour les maladies chroniques. Ce modèle soutient la médecine basée sur des données probantes, l'autonomie des patients, et l'efficience des soins. Les soins centrés sur la personne ont apporté un complément dans le paradigme de travail des soignants, complément largement documenté dans la littérature.

L'approche ASCOP propose d'aller encore un pas plus loin : réorienter le focus pour quitter la vision par problèmes et s'orienter sur une vision par objectifs, lesquels sont définis par la personne elle-même. Il s'agit pour les personnes, et pour les professionnels qui les accompagnent, de poursuivre des objectifs dans leur vie, plutôt que d'améliorer des marqueurs cliniques. L'ASCOP est avant tout une philosophie de travail, qui peut être mise en pratique dans chaque consultation ou dans chaque trajectoire de soins. Plus encore, l'ASCOP est une opportunité pour améliorer notre accompagnement des personnes en situation de multimorbidité, ou en situation complexe. Des initiatives prometteuses le montrent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. Disponible sur : <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary/> (consultation 14 mars 2025)
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
3. Grudniewicz A, Steele Gray C, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. *Patient* 2023;16:569-78.
4. Guthrie B, Payne K, Aldrson P, et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e6341.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
6. World Health Organization. (2008). Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/43951> (consultations 14 mars 2025)
7. Hughes LD, McMurdo ME, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases : the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2013;42:62-9.
8. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care — an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777-9.
9. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer, F G, et al. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *Presse Med* 2015;44:1146-54.
10. Tinetti ME, Esterson J, Ferris R, et al. Patient priority-directed decision making and care for older adults with multiple chronic conditions. *Clin Geriatr Med* 2016;32:261-75.
11. Mold JW, Blake GH, Beelster LA ; Goal oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
12. Berntsen GK, Gammon D, Steinsbekk A, et al. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open* 2015;5:e009403.
13. Vanneste, L., Torfs, L., Boeckxstaens, P., & De Sutter, A. (2021). Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg-en ondersteuningsplan. Disponible sur: <http://www.steunpunt-twvg.be> (dernière consultation 14 mars 2025)
14. Boeckxstaens P, Boeykens D, Macq J, Vandenbroeck P, Goal-Oriented Care, a shared language and co-creative practice for health and social care. KBS-FRB, 2020. Disponible sur : https://media.kbs-frb.be/en/media/9306/PUB_Goal%20Oriented%20Care_2020 (consultation le 14 mars 2025).

15. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PLoS ONE* 2022;17:e0262843.
16. Vanneste L, Heymans I, Gombault B, et al. Implementation of goal-oriented care in Belgium: experiences from 25 primary care organizations. *Int J Integr Care* 2025;25:1-7.
17. Buret L. Interdisciplinarité en Santé : analyse et perspectives d'avenir pour les professionnels de première ligne. Thèse de Doctorat, ULiège, Faculté de Médecine 2020. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/257502>
18. Boeykens D, Haverals R, Sirimsi MM, et al. Creating space to talk about patients' personal goals: experiences from primary care stakeholders. *BMC Prim Care* 2023;24:11.
19. Van Ngoc P, Ceuterick M, Belche JL, Scholtes B. Professionals' treatment goals for long-term benzodiazepine and Z-drugs management: a qualitative study. *BJGP Open* 2024;8: BJGPO.2023.0034.
20. Blaum CS, Rosen J, Naik AD, et al. Feasability of implementing patient priorities care for older adults with multiple chronic condition. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:2009-16.
21. Pomini V, Reymond C, Golay P, Fernandez S, Grassel F. Echelles lausannoises d'auto- évaluation des difficultés et des besoins. ELADEV. Les Ateliers de Réhabilitation. <https://ateliers-rehab.ch/produit/outil-eladeb/>
22. Hennard G, Belche JL, Heymans I, Adam E, Impact de l'outil ELADEV et d'un gestionnaire de cas pour des patients hospitalisés ayant des besoins de soins complexes. *Rev Med Liege* 2025;80: Sous-presse.
23. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
24. Gray LC, Bernabei R, Berg K, et al. Standardizing assessment of elderly people in acute care : the InterRAI Acute Care Instrument. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:536-41.
25. Henderson V. The nature of nursing. *Am J Nurs* 1964;64:62-8.
26. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, et all. L'utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (PROM/PREM) à des fins cliniques et de gestion – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 303Bs. D/2018/10.273/38. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_303B_Utilisation_des_proms_premes_Synthese.pdf
27. Hennard G, Joly L, Buret L, Giet D. Moins c'est parfois mieux. Prévenir le surdiagnostic en partageant les décisions. *Rev Med Liege* 2024;79:304-10.
28. Buret L, Kersten H, Kirkove,D, et al. L'ASCOP (L'Aide et les soins centrés sur les objectifs de la personne) : une approche complémentaire à l'ETP [Poster presentation]. 2024 Congrès de la SETE, Liège, Belgium. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/324203>
29. Ma santé positive. Institute for positive health. Disponibles sur : www.iph.nl et <https://www.iph.nl/assets/uploads/2023/06/PHI-Dialog-tool-2.0-FRENCH.pdf>

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Heymans I, Unité de recherche Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.

Email : isabelle.heymans@uliege.be