

L'interprofessionnalité en situations complexes

UATm: de T comme temporaire à T comme transition

L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement des populations contraignent les systèmes de santé à développer des approches innovantes. A Genève, la faisabilité d'un modèle d'équipe interprofessionnelle coordonnée réunissant le patient et des professionnels de différentes institutions a été testée avec une Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm) et ses partenaires à Genève.

Texte: Séverine Schusselé Fillietaz, Stéphane Moiroux, Gregory Marchand, Lucile Battaglia / **Photo:** Martin Glauser

Les résultats de cette démarche suggèrent qu'un séjour stationnaire pour un problème aigu peut contribuer au renforcement de la continuité de la prise en charge grâce à la mise en place de processus de coordination.

Parmi les initiatives de soins intégrés présentes en Suisse^[1], Cité générations dispose d'une Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm) (cf. encadré). Parallèlement, le Projet PRISM décline avec ses partenaires différents modèles de prise en charge de la complexité en équipe^[2]. L'intervention présentée ici a testé la faisabilité d'une amélioration des transitions des patients avec besoins complexes au moyen de processus interinstitutionnels et interprofessionnels. Le cadre de référence proposé par l'Académie Suisse des Sciences Médicales est utilisé: «La collaboration interprofessionnelle inclut le patient comme partenaire.»^[3]

Sur 9 mois (9.2016–5.2017), 65 situations prises en charge à l'UATm et suivies par un médecin traitant et par des prestataires de soins à domicile ont été étudiées. Nous avons utilisé une méthodologie inspirée du modèle de Deming: les spécificités de ces situations ont été explorées quantitativement (fragilité^[4], besoins (RAI-HC)) et qualitativement (complexité^[2]). Sur cette base, les partenaires du projet (cf. encadré) ont exploré différents processus en étroite collaboration avec les médecins traitants et



Chaque équipe a son propre fonctionnement, et la coordination est un élément central du projet.

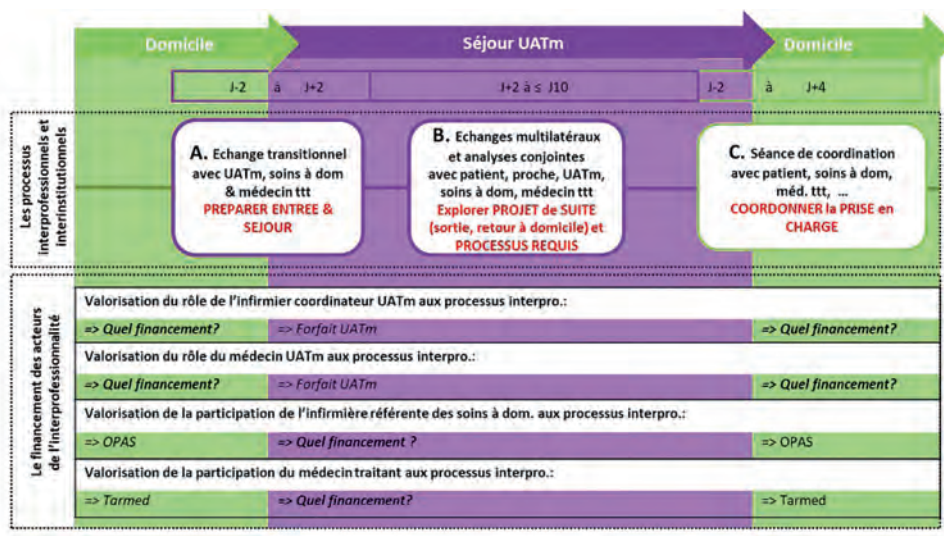
les intervenants des soins à domicile. Les évaluations ont montré qu'environ 40% des situations UATm présentaient des spécificités suggérant l'intérêt d'une prise en charge interprofessionnelle et interinstitutionnelle renforcée, parmi lesquelles: discordances dans les objectifs de soins, les priorités et les projets de vie, épuisement des proches et/ou des intervenants, absence de proches,

contexte social précaire, multimorbidité, multiples intervenants non coordonnés, etc.

Des processus formalisés

Pour ces situations dites «complexes», des processus de coordination interprofessionnels et interinstitutionnels pertinents ont été identifiés (Processus interprofessionnels).

Fig. 1. Processus interprofessionnels & Financement des acteurs



Un bref échange transitionnel **A** (Processus interprofessionnels & Financement des acteurs), présentiel ou téléphonique, permet un partage des spécificités entre les soignants UATm et les soignants ambulatoires.

Parallèlement, une évaluation infirmière approfondie et un bilan gériatrique médical sont effectués à l'UATm. Ensuite,

«L'échange d'informations orales structurées permet de prioriser la prise en soin des patients. Avec la seule feuille de transfert, il est difficile de hiérarchiser ces informations.» Inf. coordin.

des échanges multilatéraux s'opèrent et leur analyse conjointe **B** (Processus interprofessionnels & Financement des acteurs) précise le processus permettant de finaliser le projet de suite. Cela passe par l'organisation d'une séance de coordination **C** qui vise à partager l'information, à l'analyser collectivement, à réduire les triangulations et à définir de manière proactive des objectifs communs^[5]. Cette séance réunit formellement au minimum le patient, ses proches, l'infirmière des soins à domicile et le médecin traitant. Elle peut se dérouler à domicile ou à l'UATm.

Un modèle souhaitable et faisable

Ce modèle de collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle est jugé

souhaitable et faisable par les professionnels comme par les patients et leurs proches. Il renforce le partenariat patient-proche-soignants, et valorise l'expertise des intervenants ambulatoires. Ceux-ci conservent leur légitimité décisionnelle dans les soins prodigués au cours du séjour à l'UATm, comme dans la préparation du retour à domicile.

En promouvant un partenariat de soins, le modèle proposé à l'UATm augmente la désirabilité des processus interprofessionnels. Plusieurs patients indiquent que ces étapes de coordination renforcent leur sentiment de confiance dans la fluidité des communications et dans la continuité de la prise en charge. Les échanges permettent de renforcer des dynamiques d'équipe interprofessionnelles existantes, ou de contribuer à en créer de nouvelles. Par ailleurs, la construction interprofessionnelle de la prise en charge permet d'optimiser les soins à partir d'objectifs communs et connus de tous, et d'organiser un suivi coordonné.

Le succès d'un processus interprofessionnel coordonné dépend de nombreux facteurs^[6-8]: des éléments microscopiques (ex: dynamique entre patient, infirmière et médecin), des éléments meso (ex: spécificités institutionnelles), et des éléments macroscopiques (ex: finance-

ment des soins). Cette étude de faisabilité a également exploré ces facteurs.

Une indispensable flexibilité

Au niveau de la dynamique d'équipe, les éléments suivants semblent indispensables à la réussite des processus coordonnés (Processus interprofessionnels & Financement des acteurs):

- les potentiels acteurs de l'équipe sont convaincus de l'intérêt de la coordination,
- les acteurs de ce processus coordonné sont légitimes,
- les participants, la date et l'heure de la séance de coordination sont fixés,
- les discussions sont structurées et chacun présente son analyse et/ou ses priorités,
- les décisions prises sont formalisées, puis mises en œuvre.

L'atteinte de ces différents objectifs s'est révélée hétérogène: chaque équipe a sa propre dynamique, son ou ses leaders, son niveau d'expertise dans la pratique interprofessionnelle, et ses propres besoins de renforcement (cf. Vignettes). Cette hétérogénéité implique d'ajuster

Collaboration interinstitutionnelle

Les partenaires et les auteurs

Cité générations – Maison de santé – www.cite-generations.ch: **Stéphane Moiroux** et **Grégory Marchand** occupent des postes d'infirmiers coordinateurs; **Samuel Perivier** et **Sébastien Amstutz** sont médecins gériatres; **Philippe Schaller** est le médecin responsable.

Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades – www.prism-ge.ch: **Séverine Schusselé Fillietaz** (infirmière, severine.schussele@prism-ge.ch) et **Nicolas Perone** (médecin) sont responsables de projets.

Institution genevoise de maintien à domicile – imad – www.imad-ge.ch: **Lucile Battaglia** est infirmière chargée de projet et **Frédéric Budan** (infirmier) dirige le domaine e-santé et organisation métier.

Que tous les acteurs qui pratiquent l'interprofessionnalité et l'interinstitutionnalité au quotidien soient remerciés ici. Un merci particulier aux collègues ASSC et aux médecins de l'UATm, aux médecins de Cité générations, aux antennes imad et à leurs collègues des pratiques professionnelles.

finement le support apporté par le projet à chaque équipe d'intervenants pour chacun des 5 éléments évoqués précédemment. Cette flexibilité est également indispensable de la part des membres de l'équipe.

Traçabilité des décisions et outils de communication

Les séances de coordination permettent de formaliser les décisions. Leur traçabilité est indispensable pour garantir leur mise en œuvre dans la durée et

«Les patients sont souvent persuadés qu'il n'y a pas de continuité de soin d'un lieu à l'autre, ils sont alors surpris de nous voir à l'UATm et se rendent compte que nous travaillons ensemble.» Inf. réf.

avec de multiples intervenants. Cela nécessite des compétences de synthèse et de structuration, mais surtout un changement de paradigme de la traçabilité: il ne s'agit pas seulement d'écrire pour attester qu'un acte a été effectué, il s'agit d'écrire pour communiquer avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle des informations qui sont réellement pertinentes pour le suivi. Par ailleurs, cette traçabilité nécessite des outils de communication performants, comme le Plan de Soins Partagé informatisé (cf. Soins infirmiers 10/2016^[5]).

Susciter et accompagner le changement Même si de nombreux intervenants le pratiquent, le modèle interprofessionnel et interinstitutionnel est peu formalisé. Son exploration nécessite des personnes disposées à sortir de leur zone de confort car ce modèle questionne les territoires. Par ailleurs, un dispositif d'accompagnement a été mis en place: des entretiens avec les soignants et avec les responsables hiérarchiques ont été menés afin d'accompagner les nouvelles pratiques, recueillir les propositions d'amélioration et explorer les potentiels de dissémination des processus.

En conclusion, l'étude de faisabilité a montré d'une part que la prise en soins

Cité Générations

L'Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm)

Implantée au cœur de la maison de santé Cité générations à Onex (GE), l'Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATm) est une unité de 10 lits, qui accueille 350 patients par an. Cette structure offre un hébergement court (8-10 jours en moyenne) à des personnes nécessitant une intervention médicale rapprochée et/ou une éva-

luation ou un bilan psycho-gériatrique^[9,10]. Elle réunit des compétences d'ASSC, d'infirmiers coordinateurs et d'un tournus de médecins gériatres. L'UATm bénéficie de la proximité de différents services, dont des cabinets de médecine de premier recours et un centre de maintien à domicile.

Vignettes

Un leadership à géométrie variable

Vignette 1: Le patient, l'infirmière du domicile et le médecin se connaissent depuis plusieurs mois. Le séjour à l'UATm a été planifié conjointement et c'est l'infirmière du domicile qui coordonne les échanges et qui organise une séance «patient + infirmière + médecin» juste après le retour à domicile. Elle prépare le contenu de cette séance avec le médecin en analysant les éléments collectés auprès de chacun. Pour structurer cela, elle bénéficie du support d'une spécialiste clinique. C'est également l'infirmière à domicile

qui pilote la séance de coordination et enverra à chacun les éléments d'un Plan de soins partagé^[5].

Vignette 2: Le patient, le proche et le médecin traitant se connaissent depuis des années. C'est le médecin traitant qui coordonne le séjour à l'UATm. Son assistante médicale convie les membres de l'équipe, dont l'infirmière à domicile, à une séance de coordination à l'UATm. C'est le médecin traitant qui pilote cette séance et son assistante prend le PV.

des situations complexes qui transitent par l'UATm nécessite des processus interprofessionnels et interinstitutionnels formalisés, d'autre part que ces processus sont faisables et souhai-

«Ma lecture de la situation du patient n'est pas la même avant et après son passage par l'UATm et la construction de son suivi en équipe.» Méd. traitant.

tables. Ils permettent le partage proactif d'informations, puis la co-construction d'une prise en charge qui tient compte des priorités des patients et valorise les contributions de tous les acteurs impliqués. Ceci semble avoir un impact positif tant pour les patients et leurs proches, que pour les intervenants. L'étude de faisabilité suggère

également qu'un séjour stationnaire pour un problème aigu, loin d'être synonyme de rupture, peut au contraire contribuer au renforcement de la continuité de la prise en charge à court et moyen terme, grâce à la mise en place des processus interprofessionnels et interinstitutionnels. Ces éléments très encourageants restent préliminaires et seront

approfondis. Leur financement (cf. Fig. 1), leur durabilité et leur répliquabilité dans d'autres contextes devront également être explorés et les obstacles identifiés devront être aplanis. ■



La bibliographie en lien avec cet article se trouve dans la version digitale de cette édition.