Interprofessionnalité:

de la maladie vers un concept de santé

6ème Forum Diabète Du Réseau de Santé Vaudois 2016

Dr ZIRBS SAVIGNY Brigitte, méd.int.gén., méd.de famille,

member du comité mfe

teams
Student
outcomes
Education
Doctor
Collaboration
Team
Learning
Physiotherapist
Working
Physiotherapy
Sports
patient
Therapist
Multidisciplinary
Medicine
Interdisciplinary
Interprofessional
Teaching
Better
Teams
together
Massage

All I Really Need to Know I Learned in Kindergarten (pp. 4-5) --Robert Fulghum

- Share everything
- Play fair
- Don't hit people
- Put things back where you found them
- Clean up your own mess
- Don't take things that aren't yours
- Say you're sorry when you hurt somebody
- Wash your hands before you eat
- Flush
- Warm cookies and milk are good for you

Ivy Oandasan, MD, Director, Education, Academic Family Medicine, The College of Family Physicians of Canada Le

Un peu de théorie…

L'interprofessionnalité : description

Soignants en **étroite relation**,

non hiérarchisée et

coordonnée

Issus de différents horizons professions

dans le cadre de soins donnés à un patient chronique et poly-morbide

dans le but **d'améliorer la qualité** et la **sécurité** des soins,

la satisfaction du patient

et peut être de contrôler les coûts pour la collectivité.

Interprofessionnal care: définition

COLLABORATION

- Besoins du patient sont pris en compte dans leur GLOBALITE
- Patient intégré dans le processus
- Plus de 2 professions de différentes
- Echanges professionnels non hiérarchisés
- Apprentissage permanent : de, avec et au sujet de…
- Changement de culture--processus d'apprentissage
- Responsabilité définies:
  filière et processus de soins
  responsabilité médical
- Leadership d'équipe défini et accepté de tous

Ingrédient majeur du travail IP : l'EQUIPE

Une équipe se construit!

Ça prend du temps…..ça coûte…..

- Ensemble
- RESPECT MUTUEL
- Valeurs communes
- Visions partagées
- Connaissances de compétences des autres
- Définition des zones de chevauchement de compétences
- Compétences et rôles définis et explicités
- Responsabilités définies
- Leader-coach d'équipe
- Communication structurée et organisée

Définitions de l'OMS

- **Interprofessional team-based care**

Des soins prodigués par un petit groupe de soignants qui s'est constitué intentionnellement, qui se reconnaissent et sont reconnus par les autres comme ayant une identité collective et qui partagent des responsabilités pour un patient ou un groupe de patients, par exemple une équipe d'intervention rapide, une équipe de soins palliatifs ou de sale d'OP

> Care delivered by intentionally created, usually relatively small work groups in health care, who are recognized by others as well as by themselves as having a collective identity and shared responsibility for a patient or group of patients, e.g., rapid response team, palliative care team, primary care team, operating room team

Ne travaillons nous pas déjà IP?

Un changement de culture

- Pression liée au besoin
- Une désir de changement
- Prend du temps
- S’apprend
- Ne peut se faire TOP DOWN
- Volonté politique et des acteurs de soin

Les acteurs autours du patient diabétique

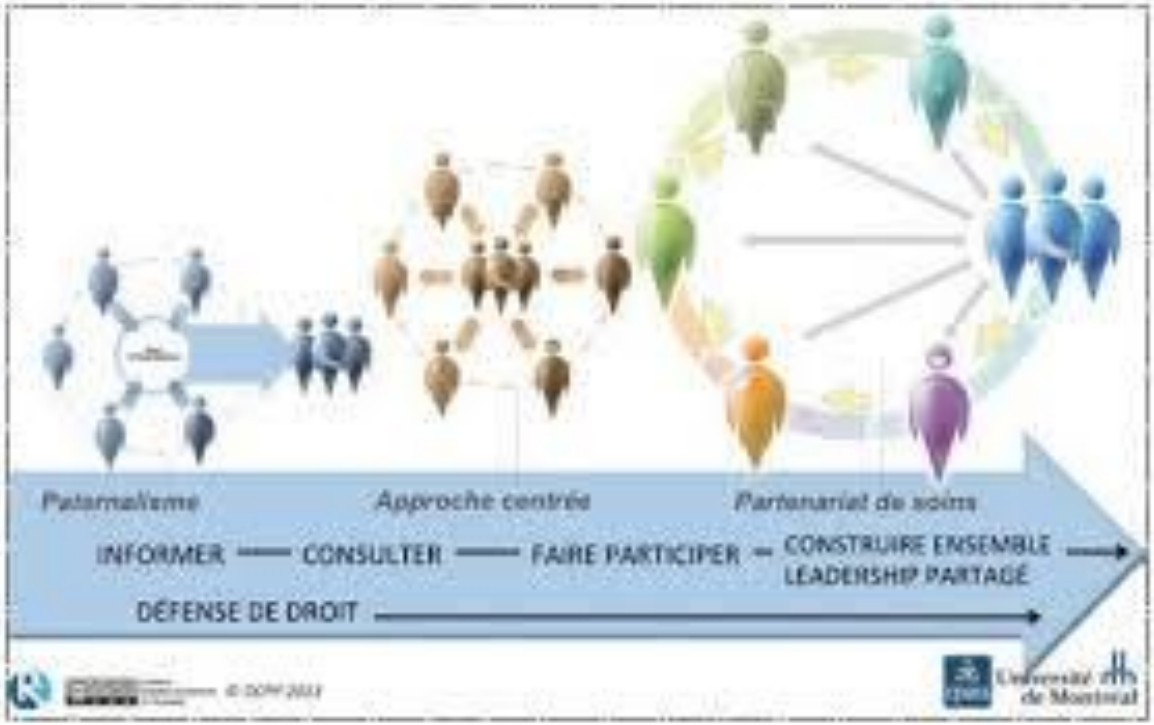
Au cabinet:

- Le médecin de famille
- L'assistante médicale du cabinet

Répartis en ville et campagne:

- La diététicienne
- Le diabétologue
- L'infirmière clinicienne spécialisée en diabéto
- Le pharmacien
- Le podologue
- L'ophtalmologue
- L'hôpital
- Les soins à domicile

Une prise en charge IP moderne…



Facteurs de réussite

- L'envie des acteurs
- La proximité
- La connaissance des principes de base du team based care
- Le soutien par les structures
- Le financement assuré

Difficultés de la collaboration IP

- Méfiance des autres professions
- Méconnaissance des compétences spécifiques des autres
- Peur de perdre…
- Habitudes
- Difficultés à partager l'information
- Communiquer
- Distance géographique entre les acteurs
- Partage de la responsabilité
- Résistance au changement
- Le financement

AU CABINET

notre partenaire IP idéal: l’assistante médicale

L'assistante médicale membre du team du mdf:

Nécessite aussi un changement de culture

- Proche du mdf
- Multi tâches
- Compétente
- Travail de longue date avec le médecin
- Connaît les patients
- Nouvelles compétences – nouvelles tâches

Opportunités + pour l'assistante médicale

- Travail plus intéressant
- Possibilité de formations (brevet)
- Travail sous sa propre responsabilité
- Relation privilégiée avec la patient
- Valorisant vis-à-vis du mdf

Opportunités + pour le mdf

- Déchargé de certaines tâches
- Dégage du temps pour des consultations plus complexes
- Moins de stress
- Consultation avec un espace relationnel plus long
- Profite de certaines compétences spécifiques

Opportunités pour une équipe IP

- Satisfaction professionnelle
- Développement personnel
- Prise de responsabilités sécurisée
- Répartition de la charge de travail
- Sécurité
- Partage du poids de la responsabilité morale
- Développement professionnel et personnel
- Valorisation de la créativité
- Lutte contre le Burnout

Opportunités pour le patient

1. Continuité des soins
2. Coordination des soins
3. 1 équipe – X voix – 1 langage
4. Disponibilité des soignants
5. Sécurité
6. Qualité
7. Prévention
8. Patient/famille/proches aidants participent aux décisions

Continuité des soins

- Accès permanent aux informations
- Plusieurs personnes de référence à disposition
- Plan de soins partagé
- Fluidité des interfaces
- Reformulation des informations
- Partage des informations voire de certaines décisions

Meilleure coordination

Les membres du team connaissent tous l'ensemble des processus liés au patient, les informations sont accessible à tous.

Sont coordonnés:

- La filière de soins ambulatoires
- L'interface hôpital-ambulatoire
- L' inclusion des proches-aidants
- Les contrôles et examens à faire

Exemple: au cabinet H. diabétique 88 ans, hospitalisé pour décompensation cardiaque, sort de l'hôpital vendredi après-midi, vit seul.

- L'AM a pris contact avec l'équipe hospitalière durant le séjour
- Elle connaît la date de sortie:
  a demandé une ordonnance au médecin hospitalier,
  a transmis au pharmacien
  a informé les soins à domicile du retour
- Le pharmacien livrera les médicaments samedi matin
- Un rendez-vous avec moi est fixé
- Un contrôle chez le cardiologue est organisé

Disponibilité des soignants

Répartition de la charge de travail

Disponibilité dans le temps et mentale

- Manque de soignants
- Manque de médecins de famille
- Souffrance au travail
- Surcharge de travail

Avenir:

- Polymorbidité
- Maintien à domicile le plus longtemps possible
- Complexification des soins

Exemple: au cabinet H. 75 ans, vit avec sa femme, diabétique, HTA, glycémies fluctuantes, IMC 27

- Il voit:
  la diététicienne 1x par an (avec l'épouse)
  le podologue tous les 2 mois
  l'ophtalmo 1 fois par an
- Il voit le médecin de famille 2 fois par an et en cas de nécessité
- L'AM voit le patient tous les 2 mois
  elle pèse, mesure TA, contrôle carnet glycémique et réfère au médecin.
  En urgence: elle organise une rencontre de réseau lors d'une hospitalisation de l'épouse pour optimiser la coordination (soins à domicile, diététicienne, mdf)
  elle trouve avec le patient une solution pour les repas

Sécurité

- Complémentarité des compétences
- Observation de plusieurs points de vue
- Compliance
- Double check

Exemple: au cabinet H. veuf, diabétique, mince, 80 ans, traité à l'insuline, polymorbide,
A la sortie de l'hôpital prend 6 médicaments donc 14 cp/j, refuse les soins à domicile

- Le pharmacien: interactions médicamenteuses

- mdf le voit tous les 2 mois

- L'AM voit le patient 1x par mois,
  elle coordonne les informations données par le pharmacien, le cardiologue, l'urologue et me les transmet

  encourage le patient à faire régulièrement ses glycémies
  vérifie avec lui l'état de l'appareil à TA et glycémie
  observe comment il fait ses glycémie voire son injection d'insuline

  l'encourage à manger sainement

  le prépare à accepter un semainier

Qualité

- Soins plus intégratifs
- Réduit les hospitalisations et ré-hospitalisations
- Réduits les examens inutiles
- Plan de soins partagé : planification des contrôlesn et ttt
- Réduits les erreurs de traitement
- Améliore la compliance médicamenteuse et thérapeutique
- Soutien les proches-aidants

Prévention

- L'AM ou l'ANP développe une relation de longue durée avec le patient et sa famille
- Le patient investi positivement cette relation
- Elle peut activer des leviers de prévention:
  - vaccination grippe
  - hygiène de vie
  - compliance médicamenteuse
  - anticipation et planification des examens
  - directives anticipées

Responsabilisation du patient

- Améliore la compliance
- Diminue les erreurs
- Renforce la relation du patient avec l'équipe et avec son mdf

Partage de la responsabilité

avis de droit demandé par la ASSM en 2015 à l'Université de Neuchâtel

Selon le Tribunal fédéral, il convient de se référer **au principe de la confiance pour délimiter les responsabilités en cas de travail médical en équipe.**

En cas de **division horizontale du travail**, chaque travailleur doit pouvoir légitimement s'attendre à ce que son collègue **respecte ses devoirs**, tant qu'aucune circonstance ne laisse présumer le contraire…

- Un des éléments clés concerne **la clarification et la délimitation des compétences et responsabilités** des professionnels de la santé, notamment par l'élaboration de directives au sein des équipes, institutions ou organisations de soins.

- L'idée est de permettre à chaque professionnel de la santé d'**intervenir en fonction de ses compétences** et de ses capacités spécifiques, **en assumant la responsabilité de ses actes**.

Financement?

- Tarmed
- Tarco
- Modèles alternatifs
- Assurer la pérennisation d’un projet

www.afhto.ca

Références

- «Reinventing organizations»: Frédérick LALOUX
- www.afhto.ca : association of family health team ontario
- “Creating the Health Care Team of the Future”, The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice : Brian Hodges et Maria Tassone (Toronto)
- Site RUIS de Ude Montréal:
  Guide d’implémentation du partenariat de soins et de services – 2014
- Université de Toronto : «Core Competencies in Inteprofessionnal collaborative Practice» (EPIC)

?

LA SOLUTION: LE GROUPE...
..COMMENT...
..ÇA VA...
..AUJOURD'HUI?

est un acte de création

ça se vit : «learning by doing»

demande un certain degrés d'idéalisme

chaque équipe doit trouver son modèle

ça s'apprend

GO!

dank je
gràçie
спасибо
koo khun krap
nanni
vinaka
trugarez
ačiū
kia ora
ありがとう
謝謝
bedankt
mauruuru
didi madloba
mèsi
tack
sukriya
dziękuję
najis tuke
matondo
köszönöm
faafetai lava
obrigado
obrigada
barka
dioich
dhanyavadagalu
tanemirt
paldies
nandri
welalin
mercé
danke
thank you
taiku
дзякуй
blagodarjam
gratias ago
tenki
kam sah hamnida
chokrane
bayarlalaa
hvala
merci
thnorakaloutioun
misaotra
mahalo
asante
mamnun
xièxie
આભાર
dakujem
dankon
mersi
rahmet
dhanyavad
arigatô
go raibh maith agat
akun
cảm ơn bạn
gracias
tapadh leat
mochchakkeram
djiere dieuf
takk
dankie
ngiyabonga
grazie
terima kasih
kiitos
הודות
shukriya
enkosi
murakoze
sobodi
gràcies
ขอขอบคุณคุณ
grazzi
manana
rahmat
teşekkür ederim
शुक्रिया
sagolun