

COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE

PRESENTATION DU CONCEPT

La HAS décrit la collaboration professionnelle comme un déterminant fondamental pour la qualité des soins fondé sur l'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles en santé autour du patient. Elle est souvent essentielle dans la prise en charge des patients multimorbides.

DISCUSSION

La collaboration pluriprofessionnelle s'organise, selon la situation, avec des niveaux de complexité variable allant :

- Depuis les formes simples d'un travail parallèle de prise en charge du patient par plusieurs professionnels sans coordination organisée. Cette pratique permet la prise en charge des situations simples. Elle est la plus fréquente dans le système de santé actuel
- Jusqu'à des formes complexes de pratique concertée avec construction d'un plan d'action partagé pour répondre aux situations les plus complexes.

Quel que soit le niveau de complexité de l'organisation, cinq procédures conditionnent la qualité de prise en charge en soins primaires :

1. La mise en place

- Identifier et définir avec le patient les intervenants en tenant compte des objectifs, des besoins, de l'offre locale et des partenaires habituels du patient.
- Définir aussi avec le patient les aidants familiaux qu'il souhaite impliquer et préciser avec eux les rôles de chacun.
- Amener le patient à se considérer comme un partenaire à part entière de sa prise en charge.

2. **Le contenu des échanges** centré sur l'axe principal d'intervention, porte sur
 - Les objectifs opérationnels décidés avec le patient, partagés avec les autres intervenants.
 - Les constatations significatives qu'on peut faire les intervenants, concernant le malade ou son entourage, pouvant influencer sur la prise en charge.
3. **L'utilisation d'outils adaptés**
 - Tous les outils de communication à la disposition de l'équipe peuvent être utilisés. Cela va de la rencontre informelle jusqu'à des rencontres formelles physiques ou par télémédecine.
 - La communication doit être sécurisée.
 - Les échanges et les différents éléments de la prise en charge sont tracés. Les coordonnées de chaque intervenant doivent être facilement accessibles
4. **La coordination pluriprofessionnelle**
 - Elle limite la fragmentation des soins. Son importance est variable selon le niveau de prise en charge envisagé.
 - Elle peut être assurée par le médecin ou par un autre membre de l'équipe plus souvent en contact avec le patient.
 - Elle permet le suivi du plan de soins et assure la place de chacun.
 - Elle programme le calendrier des réunions lorsqu'elles sont nécessaires
 - Elle porte sur la gestion des alertes, situations pouvant conduire à des décisions rapides ou urgentes. Elle définit pour ces situations l'intervenant impliqué et les protocoles à mettre en place.
 - Elle organise et fluidifie les entrées et sorties d'hospitalisation.
 - Elle assure la circulation de l'information parmi les différents intervenants
5. **Le suivi du plan de santé**
 - Il permet d'évaluer la pertinence de l'axe principal d'intervention, de le modifier si nécessaire
 - Il se fait selon un calendrier préétabli de réunions ou chaque fois qu'une évolution de l'état du patient le nécessite
 - L'évaluation porte sur l'ensemble des données médicales, psycho-comportementales et socio-économiques.
 - Il permet d'adapter les objectifs et d'optimiser les traitements et de juger de leur suivi.

- Il assure le repérage et l'évaluation des symptômes, nouveaux ou anciens.
- Les réductions fonctionnelles, la lourdeur du fardeau des maladies et le handicap sont pris en compte

ILLUSTRATION CLINIQUE

Madame Alicia B., 85 ans, est une insuffisante respiratoire traitée par oxygénothérapie externe à domicile, compliquée d'une insuffisance cardiaque droite en arythmie. Elle présente une DMLA invalidante et une surdité appareillée. Elle a fait récemment une chute à domicile ayant entraîné un syndrome post-chute. En tombant elle a coupé le tuyau lui amenant l'oxygène. Sa fille a pu mettre en route son appareil portable.

L'axe principal d'intervention porte sur l'insuffisance respiratoire avec un objectif principal de maintien à domicile

Une rencontre est organisée au domicile de la patiente entre le médecin, le kiné et l'infirmière en présence de la fille pour évaluer et adapter la prise en charge.

L'infirmière, qui passe chaque jour pour la préparation des médicaments et pour la toilette, et la fille confirment que la patiente est très anxieuse depuis sa chute et refuse de sortir de son fauteuil dans la journée et même quelques fois la nuit. La situation de la patiente n'incite pas à la prescription d'anxiolytiques. L'encombrement bronchique étant actuellement réduit, le kiné propose de remplacer une des trois séances de drainage par une remise à la marche. Le médecin en prescrit une deuxième séance hebdomadaire. La fille fera marcher sa mère le soir quand elle passe pour apporter les repas. L'infirmière vérifiera et fera le pansement de la plaie du genou secondaire à la chute. Le prestataire qui gère son matériel d'oxygénothérapie, contacté par téléphone, essaiera d'adapter le matériel afin d'éviter le risque que madame B. ne retrébuché sur le tuyau.

Le médecin note sur le cahier de transmission, les décisions qui ont été prises et fixe avec les présents une réunion d'évaluation un mois plus tard.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

- Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS ; Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Avril 2008
- Consortium pancanadien pour l'inter professionnalisme en santé ; [Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme](#) ; Février 2010.

- [Échanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne](#); Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de février 2017.
- C. Richard, MT Lussier, « La communication professionnelle en santé » ; Pearson ; ERPI Médecine ; 2016