

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé
(2017-2020) »

Rôle de la collaboration interprofessionnelle dans la gestion des interfaces pour les personnes vivant une situation complexe

Résumé

16.7.2020

Responsable du projet et premier auteur :

Pr Kai-Uwe Schmitt, responsable de l'*Akademie Praxis Partnerschaft* HEB et membre de
l'*Insel Gruppe* (kai-uwe.schmitt@bfh.ch)

Autres auteurs :

Franziska Geese, Monica Fliedner

Résumé

Le transfert d'un patient d'un cadre de soins à un autre (p. ex. de l'hôpital à la maison ou vers une autre institution de soins) exige une collaboration étroite entre les professionnels impliqués.

Toutefois, un échange tardif, voire l'absence d'échange entre les professionnels — pénalisant ainsi le maillon suivant, qui manque d'informations — peut avoir des répercussions négatives sur les soins.

Le patient ne perçoit plus le parcours de soins dans sa globalité, mais l'entrevoit de façon morcelée.

Inquiétude et frustration pour toutes les parties prenantes peuvent en être la conséquence. Un transfert dans ces conditions peut être pesant pour les patients et influencer négativement sur leur état de santé.

Les questions sont les suivantes : d'où viennent ces problèmes aux interfaces et dans quelle mesure la collaboration interprofessionnelle (CIP) peut-elle permettre de consolider la chaîne de traitement ?

Objectif du projet

Ce projet s'appuie sur des exemples de cas complexes pour analyser comment la gestion des interfaces est perçue dans les parcours de soins et où se situent les forces et les faiblesses dans la pratique actuelle. L'objectif consiste également à évaluer si et comment une CIP accrue peut permettre d'optimiser la gestion des interfaces.

Les trois groupes de patients prédéfinis par l'OFSP ont constitué la base de l'analyse :

1. les personnes dont le risque de suicide est élevé, qui sont admises en urgence et prises en charge dans un cadre stationnaire ;
2. les femmes qui rencontrent des problèmes psychiques ou physiques lors d'un accouchement ou lors d'une naissance avec complications pour le nouveau-né ;
3. les personnes atteintes de maladies multiples en situations palliatives et sans perspective de guérison.

Méthodologie

L'analyse s'est appuyée sur la documentation clinique, en examinant les interfaces dans des parcours de soins concrets. Afin d'accéder à une perspective interne, un atelier réunissant des professionnels du milieu clinique a été organisé, de même que quatre entretiens individuels avec des collaborateurs de la gestion des processus, de la qualité, des sorties et des cas. Des prestataires de soins de premier recours et des représentants d'institutions spécialisées en soins de suivi ont également donné leur avis lors d'une discussion de groupe ; ils ont souligné le potentiel d'optimisation dans la gestion des interfaces. Enfin, les résultats ont été discutés avec des représentants d'associations professionnelles. La structure séquentielle du projet est représentée sur l'illustration ci-après.

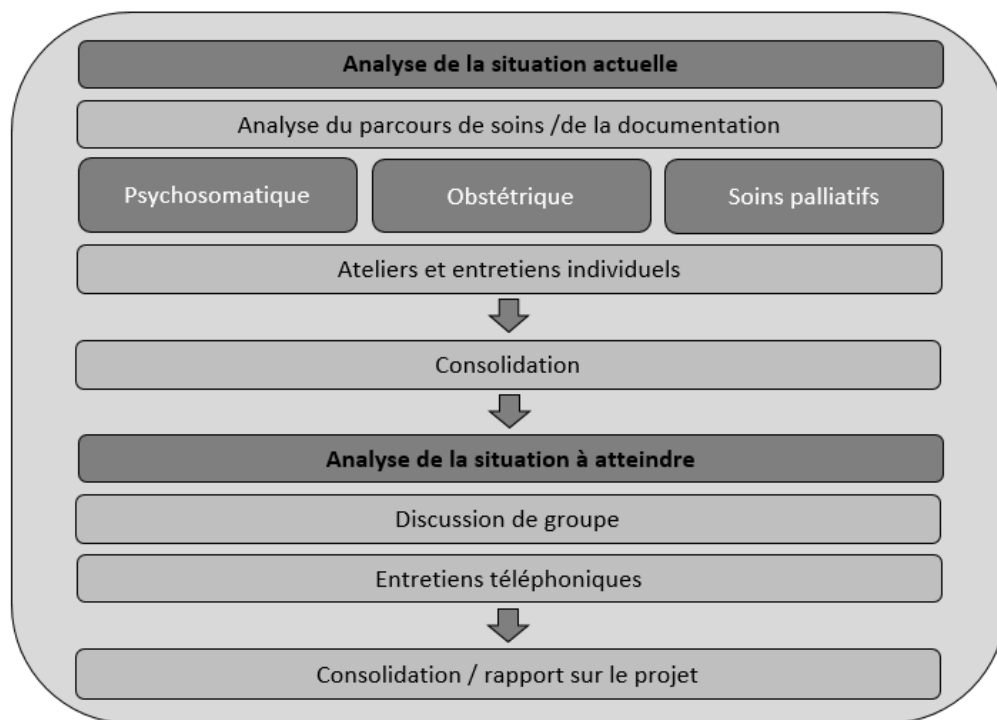


Illustration Structure séquentielle du projet

Résultats et conclusion

Les facteurs tels qu'un manque de compréhension de l'interprofessionnalité, l'absence de possibilités de facturer les prestations de coordination ou l'utilisation de systèmes de documentation différents constituent d'importants problèmes au niveau des interfaces dans le parcours de soins des patients en situation complexe.

Des améliorations pourraient être apportées en instaurant de (meilleures) possibilités de facturer les prestations de coordination, en créant des offres de formation interprofessionnelle, en améliorant la définition des processus, en développant des plans interprofessionnels de communication et de collaboration et en instituant une gestion des cas pour les soins stationnaires et ambulatoires. De manière générale, la CIP est perçue de manière positive et considérée comme un élément pertinent pour optimiser la gestion des interfaces. Toutefois, elle n'est souvent pas durablement enracinée dans le quotidien des soins. Il s'avère que le cadre actuel pour le décompte des prestations de coordination dans les soins ambulatoires, différents facteurs structurels (comme la rédaction du rapport par les membres d'un seul groupe professionnel) et certains paramètres propres à chaque branche (comme la conception des rôles) agissent comme un frein. Une amélioration dans ces domaines permettrait d'optimiser la gestion des interfaces et, par là même, les soins aux patients vivant une situation complexe.