



Interprofessionnalité dans le domaine de la santé Exemples pratiques



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Avant-propos

Le programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017–2020 » de l'Office fédéral de la santé publique vise à développer et à mieux ancrer la formation et la collaboration interprofessionnelle dans le système de santé suisse. Il contribue ainsi à optimiser la qualité des soins et l'efficacité du système. Parallèlement au lancement de projets de recherche visant à créer des bases de connaissances et des recommandations, le programme se concentre sur la diffusion d'expériences pratiques dans la matière.

En effet, de nombreuses institutions suisses s'investissent déjà intensément pour l'interprofessionnalité et la pratiquent au quotidien. La brochure présente des exemples sélectionnés appliqués dans différentes régions de Suisse. Leur point commun est le travail interprofessionnel et interdisciplinaire effectué par les médecins et les autres professionnels de la santé issus de différents domaines.

Le but de cette brochure est d'exposer des cas où l'interprofessionnalité fonctionne. Les exemples peuvent vous inspirer si vous souhaitez travailler de cette manière dans votre domaine. Ils peuvent également servir d'aide pour répondre à des questions concrètes qui se posent lors de la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle.

En plus des exemples décrits dans cette brochure, vous trouverez en ligne un catalogue conséquent regroupant de brèves informations sur de nombreux autres modèles (cf. www.bag.admin.ch/modeles-interprof).

Comme vous le constaterez en lisant les exemples de la brochure et du catalogue de modèles, il n'est pas nécessaire de mettre en place une nouvelle structure d'envergure pour créer une collaboration interprofessionnelle réussie. L'interprofessionnalité dans la santé peut souvent être appliquée relativement facilement, avec des résultats satisfaisants.

Interprofessionnalité dans la pratique professionnelle

Diabetes Care, Wil
Page 6

Hometreatment Organisation, Aarau
Page 10

Prise en Charge Intégrée des Addictions, Winterthour
Page 14

Entretien avec Helene Meyer-Jenni, Service de Soins à Domicile pour
Enfants de Suisse Centrale (KinderSpitex Zentralschweiz)
Page 18

Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy, Bâle
Page 23

Transition to Home after Preterm Birth, Berne
Page 28

Plan de Soins Partagé, Genève
Page 32

Réadaptation Oncologique, Estavayer-le-Lac
Page 37

Diabetes Care

Une glycémie élevée renforce le risque de maladies cardiovasculaires potentiellement mortelles. Le vieillissement démographique, qui fait notamment augmenter la prévalence des maladies chroniques telles que le diabète, sera l'un des grands défis des prochaines décennies pour le système de santé. Mais on sait désormais qu'une prise en charge par le médecin de famille permet d'améliorer le pronostic du diabète de type 2. Le groupe Medbase dirige actuellement 47 centres de santé en Suisse alémanique et en Suisse romande. Huit d'entre eux ont élaboré des stratégies de prise en charge spécifiques pour les diabétiques. Ces stratégies reposent non seulement sur le suivi médical, le contrôle et la formation des patients, mais aussi sur le suivi et la formation dispensés par des physiothérapeutes et des nutritionnistes. Ces centres mettent à profit leurs expériences respectives dans le cadre d'un projet pilote, afin d'offrir aux diabétiques une prise en charge optimale durable. La stratégie qui en résultera sera introduite et mise en œuvre dans d'autres centres du groupe Medbase. La stratégie de prise en charge expérimentée à Wil, Saint-Gall, est présentée ci-après.

Diabetes Care

Canton	Saint-Gall, Zurich, Bâle-Ville
Organisation	Huit centres Medbase : Wil, St-Gall Vadian, Zurich Oerlikon, Zurich Wiedikon, Winterthour Neuwiesen, Bâle, Eglisau, Diepoldsau
Domaine d'intervention	Accès aux soins, modèles de collaboration interprofessionnelle, affaires sociales
Contexte	Cabinets médicaux, cabinets de groupe, centres de santé
Groupes professionnels	Médecins, physiothérapeutes, nutritionnistes, assistants médicaux, consultants
Collaboration interprofessionnelle	Soins de base, soins aux malades chroniques
Site web	www.medbase.ch

Stratégie centrée sur le patient

La stratégie de prise en charge en vigueur à Wil est centrée sur le patient. Cela signifie que les professionnels des différents domaines interviennent en fonction de ses besoins. Le médecin commence par discuter avec le patient et l'informe sur les modalités de la prise en charge qu'il va assurer avec son assistant. Il lui explique également les différentes formes de recommandations nutritionnelles à suivre et les types d'activités sportives à pratiquer régulièrement. Cette discussion permet de faire le point et de fixer des objectifs individuels. Des discussions suivront avec le physiothérapeute et le nutritionniste, lors desquelles le patient précisera ses objectifs, notamment en matière d'activité physique régulière ou d'habitudes alimentaires.

Le centre de santé tient à assurer un suivi régulier des patients. Aux entretiens prévus une fois par an avec le médecin et au moins trois fois par an avec son assistant peuvent s'ajouter des rencontres régulières avec un physiothérapeute et un nutritionniste. À tous les stades de la prise en charge, les souhaits du patient sont toujours au premier plan. Le patient est associé à la fixation des objectifs et des mesures, ce qui augmente les chances qu'il modifie son comportement.

« Le patient est au centre, depuis la formation jusqu'à l'accompagnement. Tout s'articule autour des compétences des professionnels et des besoins des patients. » Un collaborateur

L'équipe à Wil



Médecin



Physiothérapeute

Activité physique Sport



**Assistante
médicale**

Fixation des objectifs avec les patients

**Prise en charge
optimale et durable des
patients diabétiques**

Conseil personnalisé et contrôle régulier
complétés par une large offre d'activité
physique et de conseils diététiques

Proximité géographique des professionnels

Prise en charge globale



Nutritionniste

Habitudes alimentaires



Patiente

La collaboration interprofessionnelle, facteur de succès

Selon cette stratégie, tout professionnel peut prendre en charge une partie de l'activité de conseil, dès lors qu'il en a les compétences. Une telle organisation suppose une bonne collaboration des groupes professionnels impliqués. La prise en charge intégrée et transsectorielle des patients est au cœur de la philosophie des centres Medbase. Les professionnels soulignent que cette approche les a habitués à échanger avec d'autres professionnels.

Les responsables du projet de Wil constatent que les diabétiques ont besoin d'être suivis de près pour arriver à changer de comportement. Le suivi médical y suffit rarement. En matière d'activité physique et d'alimentation également, ils ont besoin de soutien et de conseil. À Wil, beaucoup de patients expliquent par exemple à leur physiothérapeute que la peur les empêche d'aller dans un centre de fitness. Ils trouvent donc dans la salle de gymnastique du physiothérapeute un environnement familier où ils peuvent essayer les appareils et sentir les bienfaits de l'activité physique sur leur corps.

« La confiance dans les autres professions et dans les patients est la clé du succès. » Un collaborateur

L'échange entre les professionnels a lieu à différents niveaux. Pour le centre de santé de Wil, la proximité géographique est un élément central. Elle permet aux intervenants de développer une collaboration interprofessionnelle en s'asseyant autour d'une table. Le physiothérapeute et le nutritionniste peuvent ainsi donner des impulsions au traitement médical. La proximité géographique permet aussi les échanges informels : les rencontres dans le couloir ou à la pause peuvent être mises à profit pour discuter de questions ou de problématiques professionnelles. Mais très souvent, les échanges se font aussi par e-mail ou par téléphone. Les tarifs en vigueur ne permettent pas de rembourser la participation des physiothérapeutes et des nutritionnistes aux discussions. Aussi le centre de Wil a-t-il sciemment renoncé à les inclure dans la procédure standard. Ils interviennent ponctuellement, en fonction des besoins.



En plus des échanges réguliers qui ont lieu entre professionnels d'un même groupe ou de groupes différents, le centre de Wil organise chaque année des rencontres et des cours de formation continue sur différents thèmes. Les cercles de qualité ont une grande importance. Ils permettent aux professionnels d'échanger sur les spécialités respectives. Ainsi, ils comprennent mieux quelles sont les professions dont les compétences sont nécessaires au traitement d'un patient. La direction du projet est convaincue que les professionnels apprennent ainsi à déléguer des responsabilités.

« J'ai le sentiment que je maîtrise la situation, que l'on m'a donné les outils pour surmonter la maladie par moi-même. » Une patiente

Multiplés avantages pour les patients, les professionnels et le système de santé

Pour les patients, le principal avantage de cette stratégie est qu'elle leur assure une prise en charge personnalisée complète, qu'ils perçoivent en tant que telle. Ils sont suivis régulièrement, ce qui leur évite de glisser à travers les mailles du système de santé, et plus étroitement que ne le permettraient de simples consultations médicales. Pour les professionnels aussi, les avantages du concept sont manifestes. L'offre de l'équipe pluridisciplinaire leur permet d'optimiser le traitement. La possibilité de travailler et d'échanger avec d'autres professionnels est enrichissante. Pour les médecins du centre de Wil, il est également appréciable de pouvoir déléguer des aspects de la prise en charge de certains patients sur d'autres secteurs. Enfin, cette stratégie est porteuse d'économies pour le système de santé. Le fait de donner aux patients la capacité de surmonter leur maladie peut permettre de réduire les frais médicaux.

Financement

Les prestations de base du médecin, des assistants médicaux, du physiothérapeute (y compris l'entraînement thérapeutique et la thérapie de groupe) et du nutritionniste sont remboursées au tarif national en vigueur. Celui-ci ne permet pas de rembourser les prestations spécifiques qui sortent de ce cadre, comme les discussions interprofessionnelles ou les rapports concernant la physiothérapie et la nutrition ou seulement partiellement. Par conséquent, la prise en charge de ces prestations complémentaires est fixée contractuellement avec les payeurs respectifs.



Les entretiens avec les diététiciens permettent aux patients de mieux cibler leurs objectifs concernant leurs habitudes alimentaires.

Hometreatment Organisation

Un foyer sécurisant ainsi qu'une relation solide et de qualité avec ses parents constituent la base du développement de l'enfant. En cas de maladie psychique d'un membre de la famille, cette relation peut être compliquée, d'autant que d'autres problèmes psychosociaux comme des conditions de vie difficile, des conflits portant sur le droit de garde, des problèmes d'ad-

dition ou de violence domestique peuvent également venir la perturber. Une analyse des besoins réalisée dans le canton d'Argovie, à l'automne 2010, a clairement montré que la prise en charge psychosociale des familles ayant des problèmes multiples n'était pas satisfaisante. Ce constat a présidé à la création de l'offre Hometreatment Organisation (HotA) dans le canton d'Argovie, en 2012. Celle-ci s'articule autour de la sensibilisation des familles, qui relève à la fois de la psychiatrie et de la pédagogie sociales. Elle vise les familles confrontées à des difficultés multiples. Les problèmes psychosociaux peuvent toucher aussi bien les enfants que les parents. Depuis sa création, HotA a suivi plus de 600 familles.

Hometreatment Organisation

Canton	Argovie
Organisation	Hometreatment Organisation GmbH (organisation d'intérêt général)
Domaine d'intervention	Soins de santé, modèles de collaboration interprofessionnelle
Contexte	Sphère domestique
Groupes professionnels	Médecins, pédagogues thérapeutiques, travailleurs sociaux, pédagogues sociaux
Collaboration interprofessionnelle	Prévention, soins aux malades chroniques, réhabilitation, soins de base, santé psychique, multimorbidité
Site web	www.hota.ch

Sensibilisation et thérapie familiales

La sensibilisation et la thérapie familiale reposent sur un conseil, une prise en charge et un accompagnement global et tenant compte des ressources. Au lieu de traiter uniquement le patient, on cible la famille en tant que système. Pour chaque nouveau patient redirigé vers elle par un professionnel, l'équipe interdisciplinaire d'HotA discute du cas et décide de son admission. Le traitement peut alors commencer. Une coordinatrice et une coach familiale sont attribuées à chaque famille. Elles gardent la vue d'ensemble et sont chargées de rapprocher

les points de vue de tous les participants, de coordonner les objectifs communs et de planifier le traitement à domicile. La sensibilisation à domicile est menée par des coaches familiales qualifiées et spécialement formées. Celles-ci rendent visite aux familles, chez elles, et les aident à trouver des solutions et à les mettre concrètement en œuvre. L'accompagnement dure de six à dix-huit mois et commence par des visites hebdomadaires, dont la fréquence sera adaptée par la suite, en fonction des besoins de la famille.

« Il est essentiel de traiter les familles d'égal à égal. C'est l'attitude qu'adopte l'ensemble du personnel d'HotA. »

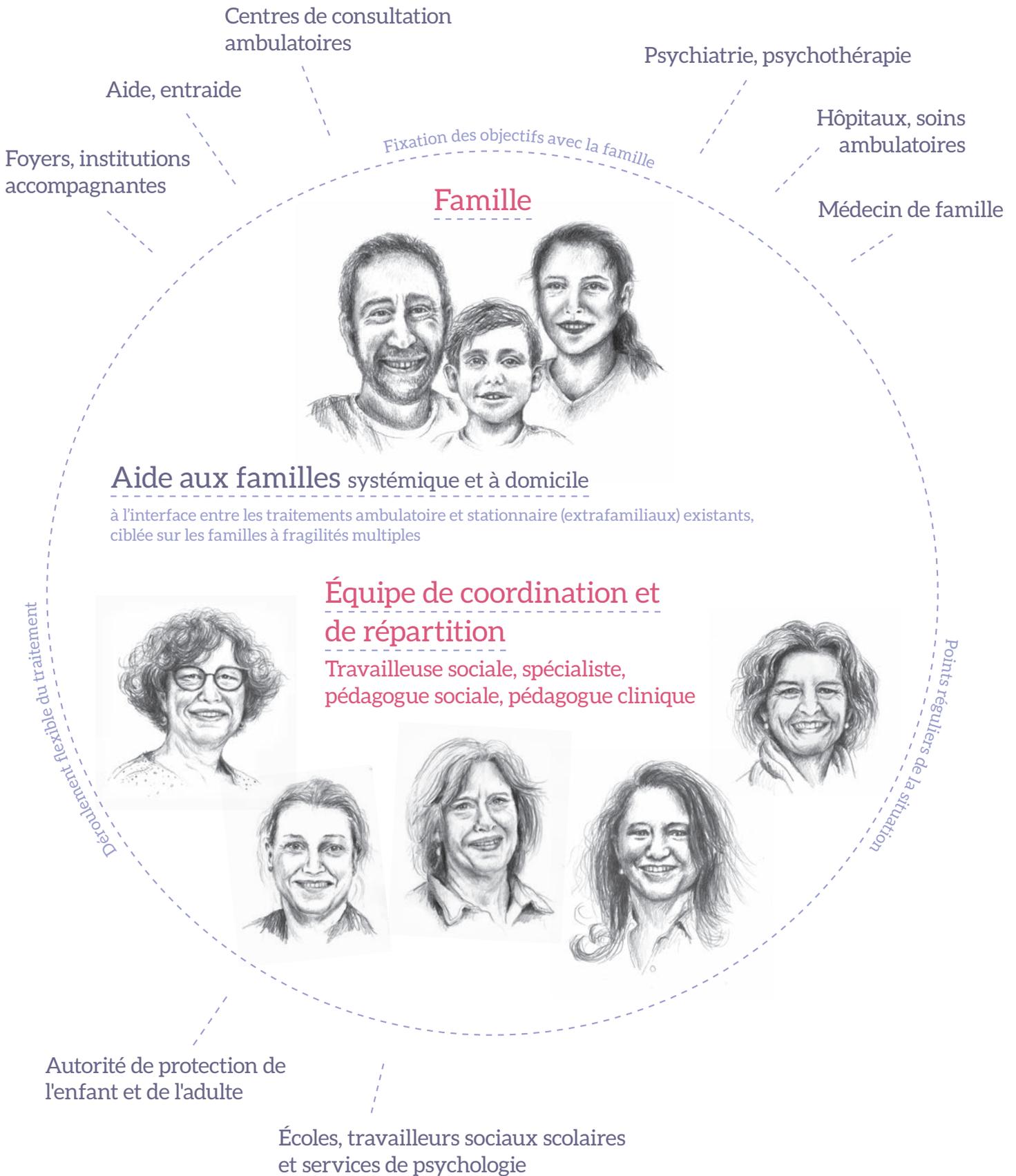
Un collaborateur

« Le travail d'équipe me donne de l'assurance. Comme coach familiale, je sais toujours qui je peux contacter dans l'équipe en cas de question. » Une collaboratrice

La coordinatrice et la coach familiale font des bilans réguliers pour les évaluer avec la famille, les médecins référents et les autres personnes de référence. Le traitement peut être une thérapie individuelle, de couple ou familiale. Pour chaque famille, l'équipe examine quelles personnes il convient d'associer au traitement, lesquelles participent activement au processus thérapeutique. Les collaborateurs de HotA sont souvent en contact avec des écoles et des enseignants, des institutions juridiques, des services sociaux et des psychiatres.

L'approche de HotA est participative. Au début du traitement, la famille formule ses objectifs de traitement individuels avec la coach familiale. Pour l'équipe accompagnatrice, il est important de connaître ces objectifs.

L'équipe à Aarau





Travail d'égal à égal

L'approche interprofessionnelle est un principe clé chez HotA. Des analyses de cas et des supervisions permettent à la coordinatrice et à la coach familiale d'échanger régulièrement sur les cas avec une psychiatre ou une psychothérapeute. Parallèlement à des conseils spécifiques, des formations continues liées aux cas sont également organisées. Les collaborateurs se complètent ; forts de leurs compétences individuelles, ils se prêtent main forte et développent ensemble une expertise spécifique. La réunion des connaissances et des expériences médicales, psychothérapeutiques et sociales préside ainsi à l'élaboration d'une pensée systémique. Cette approche est particulièrement pertinente pour les familles qui font

« Pour moi, la collaboration interprofessionnelle, c'est quand chaque groupe professionnel apporte ce qui est essentiel pour lui. On s'écoute mutuellement. C'est important pour la stratégie, comme dans la vie quotidienne. » Un collaborateur

face à des problèmes multiples, dans la mesure où certains d'entre eux peuvent être tabous ou difficilement identifiables. La collaboration interprofessionnelle aide à déceler ces problèmes, à les verbaliser, puis à inclure d'autres offres d'aide dans le domaine hospitalier ou ambulatoire.

Pour les professionnels impliqués, la particularité de cette approche tient à l'idée de « travailler ensemble ». Tous les collaborateurs œuvrent dans le même but de soutenir les familles, en vue d'améliorer leur qualité de vie. Pour l'équipe, le travail d'égal à égal, tant avec les familles qu'avec les professionnels impliqués, est un principe essentiel. Une hiérarchie horizontale est ainsi expérimentée et encouragée. Toute l'équipe est consciente de la difficulté de mettre en œuvre une collaboration interprofessionnelle. Son succès dépend notamment des facteurs suivants : ouverture à d'autres compétences et approche respectueuse, tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur. En outre, HotA veille soigneusement à associer en permanence toute l'équipe au développement de l'offre. Les collaborateurs sont très satisfaits de la liberté qui leur est donnée et ils s'identifient pleinement à Hometreatment Organisation GmbH. Ce succès se traduit par une très faible fluctuation de personnel et par une motivation et un engagement à toute épreuve.

Changements positifs dans les familles

Le travail thérapeutique et de sensibilisation continu mené par HotA auprès des familles a entraîné des changements positifs pour les enfants, les parents et tout le système familial. Les coachs familiales constatent que les parents assument de nouveau la responsabilité de

leurs enfants, qu'ils renforcent leur marge d'action et prennent de l'assurance dans la gestion du quotidien. L'approche flexible et participative d'HotA garantit l'adéquation de l'offre aux besoins des familles. Une évaluation externe menée par la Haute école de Lucerne corrobore également ces résultats positifs.

En garantissant durablement le bon développement de l'enfant, HotA accomplit un important travail de prévention dans le domaine de la santé publique. Lorsqu'une famille retrouve son autonomie, les enfants ont moins de risque d'être placés. De plus, le développement des enfants s'améliore durablement. Le traitement d'une famille coûte moins de vingt francs par jour à HotA. Comparativement, l'hébergement en famille d'accueil revient au moins à 140 francs, et le séjour en psychiatrie infantile et juvénile à 500 francs par jour, voire plus. L'évitement des solutions extrafamiliales permet au système de santé de réaliser des économies considérables.



Depuis son lancement, le projet HotA a permis de prendre en charge plus de 600 familles.

Financement

Hometreatment Organisation GmbH a obtenu un contrat de prestations du canton d'Argovie. L'organisation peut ainsi répercuter une partie des frais de traitement sur la caisse-maladie, via l'assurance de base du patient. En outre, HotA accueille les familles à leurs propres frais et exécute les mesures prescrites par les tribunaux familiaux et financées par la législation sociale. Certains coûts tels que les frais de trajet, de coordination et de formation

continue ne peuvent cependant pas être pris en charge par l'assurance de base et doivent être financés par d'autres sources, comme Swisslos qui a soutenu HotA trois ans, de 2012 à 2014, pendant la phase pilote. Ce financement a ensuite été reconduit pour les années 2015 et 2016. En septembre 2015, le Conseil d'État du canton d'Argovie a approuvé sa prolongation de 2017 à 2019. Actuellement, HotA travaille activement à garantir un financement stable à long terme.

Prise en Charge Intégrée des Addictions à Winterthur

L'addiction est une maladie complexe qui comporte des aspects somatiques, psychiques et sociaux. On entend par là les addictions liées aux substances, telles que l'alcool ou l'héroïne, mais aussi les addictions à Internet, au jeu ou aux achats. Il est communément admis qu'une consommation nocive et à risque peut être dangereuse pour la santé. Elle provoque des troubles très lourds pour l'entourage, la société et le système de santé. Ces maladies

Prise en Charge Intégrée des Addictions

Canton	Zurich
Organisation	Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW)
Domaine d'intervention	Soins de santé, modèles de collaboration interprofessionnelle, affaires sociales
Contexte	Communes/services sociaux, domaine hospitalier ambulatoire, Spitex
Groupes professionnels	Psychiatres, psychothérapeutes, infirmiers/APN, travailleurs sociaux, spécialistes des addictions
Collaboration interprofessionnelle	Prévention, soins aigus, soins aux malades chroniques, soins de longue durée, soins de base, santé psychique, multimorbidité, dépistage précoce
Site web	www.sucht.winterthur.ch

nécessitent des traitements multimodaux et pluridisciplinaires. Les institutions de la prise en charge intégrée des addictions à Winterthur (Integrierte Suchthilfe Winterthur, ISW) sont exploitées conjointement depuis les années 1980 par les services sociaux de la ville de Winterthur et le service de Psychiatrie intégrée de Winterthur Zürcher Unterland (ipw). Il s'agit d'un service de conseil et de traitement ambulatoire pour les patients ayant une consommation de substances problématique ou addictive. Il est également ouvert aux proches, aux parents, aux employeurs, aux enseignants et autres professionnels.

Responsabilité commune

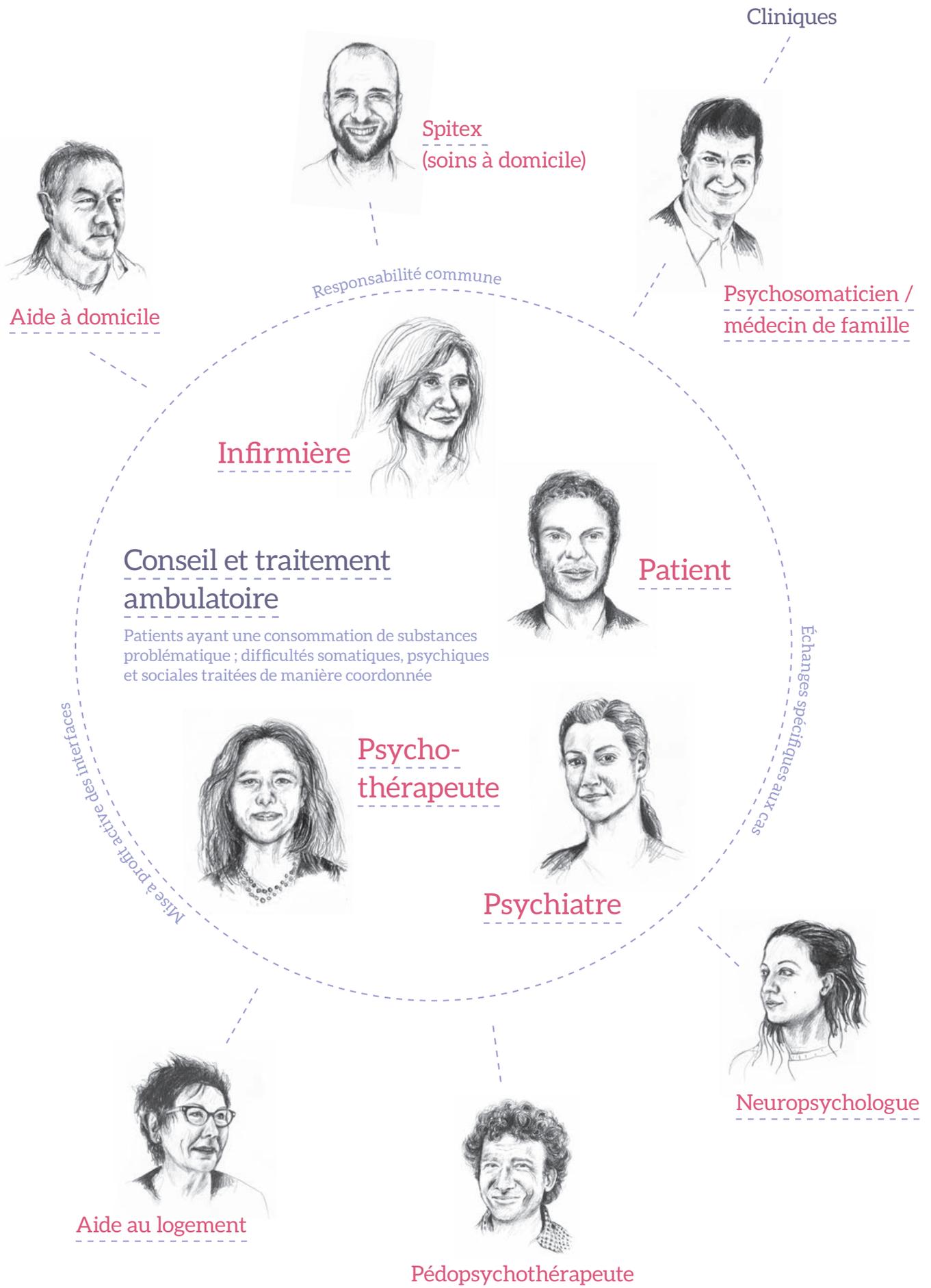
Pour ce qui est des activités internes, le modèle de coopération de l'ISW relie des offres de conseil et d'accompagnement social fournies par les communes et des offres médicales couvertes par l'assurance maladie. La direction de l'ISW est bicéphale : la première personne, un médecin psychiatre, est compétent pour les questions médicothérapeutiques, tandis que la seconde, rattachée à l'administration de la ville, est responsable de l'insertion sociale. En ce qui concerne ses activités externes, l'ISW est très impliquée dans les institutions cantonales et nationales. Pour la direction de l'ISW, la responsabilité commune est un critère déterminant pour des soins intégrés de qualité, complets, et à la hauteur des défis complexes liés à l'addiction. Elle tient compte du fait que les personnes qui souffrent d'addiction ont généralement à la fois des problèmes somatiques et psychiques et des problèmes sociaux.

« Le canton, la ville et les politiques ont une obligation à respecter. »

Information, conseil et traitement

L'ISW propose, sur trois sites, des informations et des conseils, ainsi que des traitements psychothérapeutiques et médicaux de substitution ou à base de substances. Le traitement des problèmes sociaux et médicaux liés aux substances est au cœur de son offre. Une première discussion permet de faire le point. Sur cette base, l'ISW décide de se charger du traitement ou de confier le patient à des partenaires externes pour des offres complémentaires. Il n'est pas rare, par exemple, que le patient ait besoin d'une aide au logement, d'un soutien financier, d'une aide pour trouver un travail ou d'une assistance en cas de maladies

Le réseau à Winterthour



concomitantes. L'ISW fait partie d'un important réseau de fournisseurs privés et publics, de fondations, d'organisations d'intérêt public et d'offres d'entraide. L'ISW propose des traitements de substitution ou des traitements spécifiques. Dans les traitements basés sur des produits de substitution, la méthadone ou l'héroïne peuvent être prescrites dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Les thérapies spécifiques s'adressent aux personnes qui ont des difficultés à gérer l'alcool, la cocaïne, la nicotine ou les nouveaux médias. De plus, l'ISW propose des offres spéciales aux enfants dont les parents souffrent d'addictions et aux adolescents souffrant d'addiction.

Points de vue médicaux et psychiatrico-psychologiques

La collaboration interprofessionnelle est l'idée de base de l'offre. Des responsables et des collaborateurs des domaines psychiatrique, psychothérapeutique et social de la ville de Winterthur et de l'ipw ont été associés à sa conception dès le stade initial. Actuellement, des procédures interprofessionnelles sont en place, aussi bien au niveau de la direction que de la communication et de la prise de décision. Grâce à une collaboration journalière et à une proximité géographique, les points de vue des médecins et des psychiatres-psychothérapeutes finissent par se rapprocher. Au niveau de la direction, des comités et des commissions ont été créés et pourvus en conséquence.

La collaboration interprofessionnelle repose principalement sur l'échange et la concertation. Les équipes se réunissent chaque semaine pour discuter de thèmes généraux ou plus spécifiques. Pour l'ISW, les échanges spécifiques aux cas se sont avérés efficaces, et ce même rétrospectivement, pour identifier les éventuelles améliorations à apporter à l'interface entre les domaines respectifs. L'ISW tient à ce que les échanges soient possibles si nécessaire. Autrement dit, la collaboration interprofessionnelle n'est pas systématique, mais peut être lancée par le responsable du cas. C'est aussi le cas de la collaboration avec le Spitex, les médecins de famille ou les spécialistes. Dans le but de développer les offres, des formations continues sont organisées tous les mois sur des aspects techniques, auxquelles s'ajoutent, pour les professionnels des thérapies spécialisées, des entretiens thématiques annuels permettant de faire un bilan.

« La psychiatrie, le traitement de l'addiction et la psychothérapie sont centralisés. L'institution garantit et entretient activement l'interface avec le système somatique. Le patient a l'avantage de pouvoir s'adresser à un seul service. »

La direction de l'ISW constate que le succès de l'offre dépend largement de l'attrait de la collaboration interprofessionnelle pour les collaborateurs. Celle-ci nécessite d'exploiter activement les interfaces et les contacts. Ce défi est d'autant plus grand quand le temps et les financements manquent. Historiquement, les médecins ont toujours plutôt fait cavalier seul. Pour mettre en évidence les avantages de la collaboration interprofessionnelle, la direction de l'ISW considère qu'il faut développer la compréhension du rôle et des compétences spécifiques des autres professions. Cette approche a provoqué un important changement de culture à l'ISW. Les professionnels impliqués soulignent actuellement qu'ils font partie d'un double système (social et médical) qui place les professions sur un pied d'égalité et dans lequel les compétences respectives sont estimées mutuellement et comprises comme un enrichissement.



Voir l'être humain dans le patient

Les patients tirent un réel profit de la collaboration institutionnalisée. Les compétences propres à chaque profession et celles acquises par la voie de la coopération optimisent le processus et le succès du traitement et de l'accompagnement. La coordination des problématiques somatiques, psychiques et sociaux d'une personne donne lieu à d'importantes synergies. De plus, la collaboration entre prestataires publics et privés permet aux patients d'accéder à un bon réseau de prestations, garant d'une plus grande efficacité thérapeutique.

Compte tenu de leur étroite collaboration, les professionnels des différents secteurs médical, mais aussi psychiatrique et psychothérapeutique sont informés du traitement des patients. En comprenant le mode de pensée des autres professions, ils peuvent avoir une approche globale de leurs patients. Pour eux, c'est un net avantage : ils voient le patient comme un être humain.

Financement

Comme le traitement des addictions comporte des aspects somatiques, psychiques et sociaux, les prestations de l'ISW ont différentes sources de financement. Les prestations médicales et psychothérapeutiques sont remboursées par la caisse-maladie, alors que la prise en charge des entretiens de conseil relève du secteur social. Pour la direction de l'ISW, la responsabilité conjointe de l'offre est un avantage, dans la mesure où elle assure un financement et un engagement durable. Le financement séparé des prestations respectives entraîne non seulement une fragmentation des soins pour le patient, mais aussi un manque de moyens pour les interfaces, lesquelles sont importantes car elles garantissent la coordination et la collaboration des différents prestataires, et ceci au profit des patients. Avec son modèle de soins intégré, l'ISW présente donc des avantages par rapport au financement séparé.

La société rend la collaboration interprofessionnelle nécessaire

Ancienne infirmière aujourd'hui directrice du Spitex pour enfants de Suisse centrale, Helene Meyer-Jenni connaît bien les conditions du succès d'une collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé publique. Forte de sa longue expérience de professionnelle de la politique, elle sait également quels sont les écueils à éviter, mais aussi les possibilités à exploiter pour stimuler la collaboration interprofessionnelle.

Où situez-vous actuellement la collaboration interprofessionnelle ?

Aussi bien dans le domaine politique que dans le secteur de la santé publique, je sens que la collaboration interprofessionnelle ne cesse de gagner du terrain et de l'importance, et que

cette tendance va s'amplifier. Malgré cela, la collaboration interprofessionnelle n'est toujours pas considérée aujourd'hui comme incontournable. Or, quand je vois où nous en sommes en tant qu'individus, organisations et société, il est clair pour moi que nous ne pouvons pas nous en passer. La complexité de la société la rend incontournable.

Helene Meyer-Jenni dirige depuis 2015 le Spitex pour enfants de Suisse centrale, spécialisé dans les soins à domicile pour enfants et adolescents gravement malades ou en phase terminale. De 2004 à 2012, elle a été conseillère communale et présidente de la commune de Kriens, une grande commune de la banlieue de Lucerne. Elle est actuellement députée au Grand Conseil du canton de Lucerne et présidente de la commission Éducation, Formation et Culture.

Quelle est votre expérience en la matière dans la santé publique ?

Dans ce secteur, la nécessité d'une collaboration des différents groupes professionnels dans l'intérêt des patients est bien comprise. Chacun apporte ses compétences professionnelles et les relie à celles des professionnels des autres branches. Dans de nombreuses organisations, la collaboration interprofessionnelle est érigée en principe. Chez nous, au Spitex pour enfants, elle est constamment à l'ordre du

jour. Mais il s'agit plutôt d'une pratique que nous mettons en œuvre, sans la nommer. Elle est primordiale, et absolument nécessaire, en particulier dans le contexte des soins palliatifs. Je constate que toutes les personnes concernées ont bien compris que l'on ne peut travailler efficacement que sur un pied d'égalité, de manière coordonnée et structurée.

Quels sont, à votre avis, les principaux avantages d'une collaboration interprofessionnelle dans la santé publique ?

Pour moi, il est clair qu'elle améliore la qualité de vie du patient. Quand je suis malade ou en difficulté, je souhaite qu'on me soutienne ou que ma situation s'améliore le plus vite possible. Dans une situation de crise, toute personne peut se retrouver dépassée. La collaboration interprofessionnelle permet à toutes les parties prenantes d'identifier rapidement qui est compétent, qui est mobilisé sur une problématique, qui peut prendre le relais. Elle nous permet de rassembler les personnes impliquées autour d'une table. Mais une chose est sûre : il ne faut pas qu'elle complique la tâche. Nous devons apprendre à nous en tenir à l'essentiel.



« Pour moi, il est clair que la collaboration interprofessionnelle améliore la qualité de vie du patient. Quand je suis malade ou en difficulté, je souhaite qu'on me soutienne ou que ma situation s'améliore le plus vite possible. Dans une situation de crise, toute personne peut se retrouver dépassée. La collaboration interprofessionnelle permet à toutes les parties prenantes d'identifier rapidement qui est compétent, qui est mobilisé sur une problématique, qui peut prendre le relais. »

Quels écueils peut-on identifier ?

La collaboration interprofessionnelle est perçue comme positive. Quant à savoir en quoi elle consiste concrètement et quelles sont les conditions de sa pérennité, cela est souvent flou. Nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements. Son but et son objet ne sont généralement pas si clairement définis, et son intérêt est mis en doute. Dans les moments difficiles, chaque



organisation ou profession fait souvent « ce qu'elle a à faire », sans chercher à voir plus loin, notamment parce qu'elle connaît bien les procédures existantes, contrairement aux procédures en réseau qui sont encore peu claires et mal rodées.

De plus, la collaboration interprofessionnelle est influencée par des critères économiques. Mais on ne s'imagine pas le gaspillage de ressources que peut entraîner l'incapacité à réunir les différentes professions. Il est difficile, actuellement, de financer l'échange informel entre les professions, en particulier pendant une phase de mise en place. D'autant

plus que les responsables politiques ont tendance à vouloir des économies rapides, alors que celles dont la collaboration interprofessionnelle est porteuse sont souvent difficiles à calculer et à mesurer en pratique. Je suis convaincue qu'elle génère une nette plus-value. Nous devons donc consentir des investissements en amont pour pouvoir économiser des ressources par la suite. Je sais par expérience que nous devons arriver à montrer le plus concrètement possible aux hommes et aux femmes politiques l'utilité directe de la collaboration interprofessionnelle pour les personnes concernées.

Quelles sont à votre avis les principales conditions d'une bonne collaboration interprofessionnelle ?

Mettre en place, entretenir et développer la collaboration interprofessionnelle n'est pas une mince affaire. Le succès de l'entreprise dépend certes largement des personnes impliquées. Mais la collaboration interprofessionnelle repose aussi sur certaines conditions de base. Nous devons en premier lieu faire œuvre de pédagogie en expliquant pourquoi elle est nécessaire. Cela me fait penser à la problématique du genre, il y a quelques années. Si nous n'étions pas revenus sans cesse à la charge, nous n'aurions pas autant progressé sur la question. À mes yeux, le succès d'une collaboration interprofessionnelle repose sur les jalons posés pendant la formation de base. Il est important, à ce stade, de sensibiliser à la collaboration interprofessionnelle, de désigner clairement son but et son objet, et de mettre en évidence sa valeur ajoutée. Et plus particulièrement, de définir et de roder une approche et une méthode de travail structurées.

Ensuite, nous avons besoin d'outils pour avancer plus rapidement. Les outils numériques tels que le dossier électronique du patient ou la cybersanté (eHealth), qui permettent l'échange et la transmission quasi instantanée d'informations peuvent avoir une forte valeur ajoutée. Dans ce contexte, d'autres questions se posent naturellement, comme celle de la protection des données personnelles. Je pense que nous devons être prudents, mais également nous montrer offensifs. Cela nécessite une certaine forme de collaboration interprofessionnelle. Nous devons donc coopérer avec des experts, dans ce domaine, pour optimiser les dispositifs.

« À mes yeux, le succès d'une collaboration interprofessionnelle repose sur les jalons posés pendant la formation de base. »

Comment les politiques peuvent-ils stimuler la collaboration interprofessionnelle ?

Les politiques aussi ont un rôle clé à jouer dans la promotion de la collaboration interprofessionnelle. Ils doivent reconnaître la nécessité d'en faire un axe de développement et de créer les conditions de son succès. Il y a deux grandes questions à se poser à cet égard. Premiè-

rement : sommes-nous prêts à exiger des différentes formations, cursus et filières qu'ils se confrontent à la collaboration interprofessionnelle, lui consacrent des ressources et en exigent des résultats ? Deuxièmement : qui doit ou peut donner l'exemple en la matière, dans le domaine des soins de santé ? Est-ce par exemple le rôle des politiques qui distribuent les fonds ? Des professions médicales ? Ou des soignants sur le front ? La notion d'horizontalité est, encore une fois, cruciale en la matière. Nous ne partons donc pas d'un schéma de pensée hiérarchique, nous choisissons une approche circulaire, interprofessionnelle justement, qui nous permet de savoir qui peut fournir, abandonner et reprendre telle ou telle compétence et ce, toujours dans l'intérêt et pour le bien des personnes concernées.

« La mise en place de la collaboration interprofessionnelle n'est pas une chose facile. L'expérience des autres organisations peut nous motiver et nous inspirer, notamment en nous fournissant des pistes d'améliorations. »

« L'échange d'expérience nous permet de clarifier certaines questions, d'améliorer la compréhension, d'élaborer des solutions et de mener une collaboration interprofessionnelle fructueuse. »

Comment une organisation peut-elle mettre en œuvre cette forme de collaboration ?

C'est autant une question de culture que de structure. Il est important de parler de la collaboration interprofessionnelle, de l'essayer, et d'en adapter les procédures si nécessaire. Cette approche implique aussi d'être capable d'abandonner certaines compétences et d'avoir confiance dans les compétences et la fiabilité d'autrui. Le contact personnel est crucial à cet égard. Des offres de formation continue à bas seuil doivent être proposées pour nous permettre d'échanger nos réflexions théoriques et nos expériences pratiques. Une autre condition majeure est de ménager le temps nécessaire aux discussions et à l'aménagement des procédures, des compétences et de la culture. Cela suppose aussi de réfléchir, dans les périodes calmes, aux outils qui faciliteraient la collaboration, et de les automatiser. C'est ainsi que nous créerons les conditions d'un travail fructueux dans les phases de stress.

Cet entretien s'est déroulé le 9 mai 2018 au service de soins à domicile pour enfants de Suisse centrale (KinderSpitex Zentralschweiz).



Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy

Certaines infections telles que les infections articulaires ou à germes résistants nécessitent l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse sur une longue période. Normalement, les patients doivent rester à l'hôpital ou être hospitalisés spécialement pour la durée de

OPAT

Canton	Bâle-Ville
Organisation	Antibiothérapie parentérale à domicile (OPAT), Hôpital universitaire de Bâle
Domaine d'intervention	Soins de santé
Contexte	Hôpital (domaine stationnaire), hôpital (domaine ambulatoire), Spitex, établissement spécialisé, domicile
Groupes professionnels	Médecins, pharmaciens, infirmiers
Collaboration interprofessionnelle	Soins aigus
Site web	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-poliklinik/angebot/opat/

ce traitement. Celui-ci prolonge donc la durée des séjours hospitaliers. Depuis 2014, l'hôpital universitaire de Bâle propose un programme d'antibiothérapie par infusion ambulatoire – Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (Antibiothérapie Parentérale à Domicile, OPAT).

Grâce à ce programme, l'un des premiers du genre en Suisse, le séjour hospitalier peut être raccourci malgré l'antibiothérapie intraveineuse, voire évité. L'équipe responsable de l'OPAT comprend une équipe de soignants, de médecins, de pharmaciens hospitaliers et une équipe administrative. En 2016 un réseau extra-hospitalier regroupant les services du Spitex (aide et soins à domicile), d'une pharmacie externe et d'hôpitaux externes a été mis en place.

Traitement centré sur le patient

Les patients potentiels sont souvent inscrits au programme d'OPAT par le médecin traitant, lors d'une hospitalisation à l'hôpital universitaire de Bâle. Mais ils peuvent aussi l'être par un autre hôpital, par les urgences ou par leur médecin de famille. Une fois le patient inscrit, l'équipe responsable de l'OPAT décide s'il est éligible au programme. C'est uniquement le cas des patients qui ont besoin d'une seule administration d'antibiotiques quotidienne ou à qui ceux-ci peuvent être administrés en continu pendant 24 heures, à l'aide d'une pompe. L'infirmière et un médecin de l'équipe responsable de l'OPAT statuent sur l'admission du patient. Le traitement est centré sur le patient. Par conséquent, les patients peuvent être traités, selon leur préférence ou la nécessité médicale, exclusivement à domicile ou en ambulatoire, à l'hôpital universitaire de Bâle.

Compréhension mutuelle des domaines spécialisés

Les infirmières de l'équipe responsable de l'OPAT jouent un rôle majeur, dans la mesure où ce sont elles qui sont le plus en contact avec les patients, où elles gèrent le guichet unique pour l'organisation et où elles maîtrisent les modalités d'administration des antibiotiques. Le programme de l'OPAT est mené conjointement par le service d'infectiologie et la polyclinique médicale. Sa mise en place nécessite le concours de différents groupes professionnels. Comme de plus en plus de patients sont traités à domicile, la collaboration avec des services externes tels que le Spitex s'intensifie. La collaboration des nombreux professionnels impliqués – tant en interne qu'en externe – nécessite une claire répartition des tâches et une bonne coordination. À cette fin, l'équipe responsable de l'OPAT a élaboré des instructions de

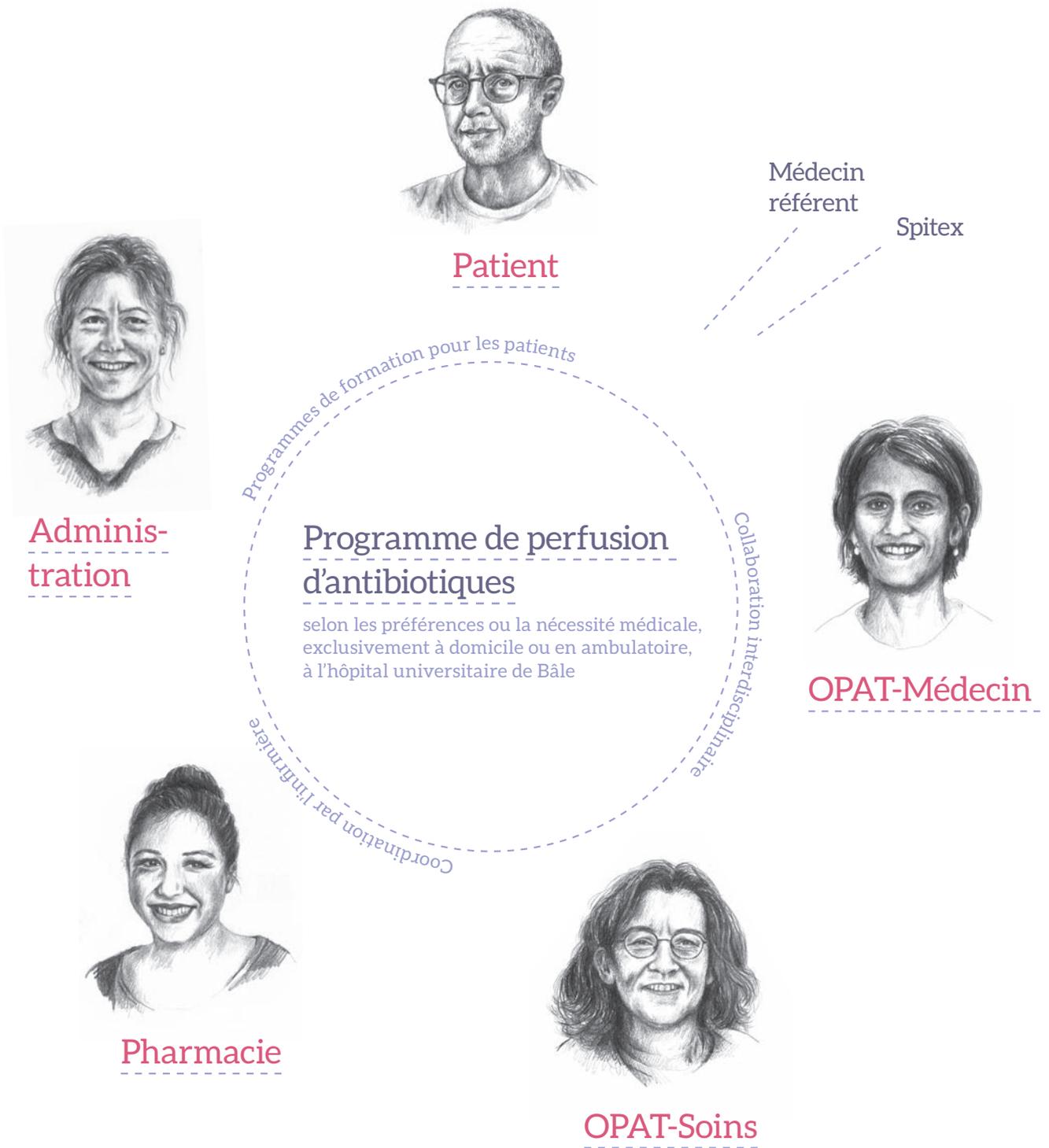
travail standard avec les services externes du Spitex et une pharmacie externe. Des représentants de l'administration, de l'équipe d'infirmières, de l'équipe de médecins et de la pharmacie de l'hôpital se rencontrent en outre toutes les deux semaines. Des partenaires externes – comme le Spitex – sont également invités aux réunions, le cas échéant. Lors des réunions, les participants discutent de l'organisation et du déroulement du programme d'OPAT. De plus, l'équipe responsable de l'OPAT est régulièrement en contact avec la pharmacie externe de vente par correspondance et le Spitex, soit dans le cadre de réunions bilatérales, soit par téléphone ou par courriel. Les participants sont convaincus que les réunions et la communication bilatérale permettent une meilleure prise en charge des patients. Grâce aux réunions, tous les groupes professionnels disposent des mêmes informations et peuvent identifier les aspects du traitement à améliorer. La collaboration encourage en outre la compréhension mutuelle des secteurs professionnels et de leurs processus de travail.

« Lors des réunions, nous recevons des informations auxquelles nous n'aurions pas accès autrement. Cela nous permet aussi de mieux répondre aux éventuelles questions des patients. » Un membre du personnel administratif

L'approche ambulatoire du programme présuppose que les tâches hospitalières puissent être prises en charge par les services ambulatoires. Le programme d'OPAT propose une formation du personnel des services de soins ambulatoires. Les patients aussi sont formés individuellement. La fille d'un patient, par exemple, a appris par exemple à changer la pompe à antibiotiques le week-end. À l'avenir, l'équipe responsable de l'OPAT proposera un programme de formation standardisé aux patients. De plus, la pharmacie externe de vente par correspondance apprend aux services du Spitex à raccorder et à changer les pompes à antibiotiques au domicile des patients. Un autre exemple de collaboration interprofessionnelle est l'aide-mémoire pour la gestion des pompes à antibiotiques élaboré par l'équipe de médecins, l'équipe d'infirmières et la pharmacie de l'hôpital avec les patients.

Le nombre de patients traités dans le cadre du programme de l'OPAT augmente chaque année d'environ 20 %. En 2017, il a atteint 192 patients. Le succès du programme a amélioré l'acceptation de l'offre par la direction médicale de l'hôpital universitaire de Bâle. Aujourd'hui, les médecins y ont régulièrement recours pour leurs patients. Selon les professionnels impliqués dans le programme, différents critères ont contribué à son succès, et notamment l'équipe responsable de l'OPAT elle-même. De l'avis des professionnels, l'enthousiasme et la motivation de l'équipe fondatrice sont particulièrement précieux pour la mise en œuvre du programme. La coordination assurée par l'infirmière qui dirige le programme est importante pour la collaboration interne et externe. La petite taille de l'équipe – une quinzaine de personnes à l'hôpital universitaire – et les contacts rapides entre les professionnels facilitent la communication. Pour l'équipe responsable de l'OPAT, le fait que la collaboration se déroule selon une hiérarchie horizontale, dans une ambiance d'estime et de soutien, contribue également à son succès.

« Le projet m'a permis d'aller plus loin. J'arrive mieux à me projeter dans d'autres domaines d'activité. J'arrive mieux à répondre aux demandes car je connais mieux les besoins des autres professions. » Pharmacienne de l'hôpital



Pour le bien du patient

Le principal moteur de développement du programme d'OPAT était le bien-être des patients, qui sont souvent pressés de quitter l'hôpital, voire désireux de ne jamais être hospitalisés. Pour eux, la plus grande utilité du programme est donc qu'il leur permet de poursuivre leur vie professionnelle et familiale pendant le traitement. En se faisant traiter par l'équipe responsable de l'OPAT, ils profitent en outre de son expertise dans le domaine de l'infectiologie. De plus, ils sont nettement moins exposés au risque d'infection nosocomiale.

Le programme d'OPAT permet en outre de rationaliser l'utilisation des ressources hospitalières en libérant des lits qui sont ainsi disponibles pour d'autres patients. L'hôpital universitaire de Bâle bénéficie ainsi de capacités et de ressources supplémentaires dont il peut se servir pour les patients hospitalisés ou pour les urgences.

Financement

L'équipe responsable de l'OPAT tient à présenter la valeur ajoutée du programme pour le patient (traitement centré sur les patients) et pour la société (priorité à l'ambulatoire sur l'hospitalisation) en termes d'utilisation judicieuse des ressources disponibles. Jusqu'à présent, un centre de soins du programme d'OPAT était financé par l'hôpital universitaire de Bâle. Le remboursement difficile des prestations de coordination de l'équipe d'infirmières est un défi majeur pour le programme d'OPAT. De plus, le coût d'un traitement ambulatoire se calcule différemment de celui d'un traitement hospitalier. Pour relever ce défi avec succès, l'équipe responsable de l'OPAT travaille sur des modèles de remboursement novateurs de l'encadrement hospitalier des patients traités parallèlement à domicile.

« Je peux poursuivre une vie normale, rester dans mon environnement professionnel et familial. C'est le principal. » Un patient





Transition to Home after Preterm Birth

Après la prise en charge intensive et très spécialisée dont ils font l'objet aux soins intensifs du service de néonatalogie de l'hôpital, les prématurés, leurs parents et leurs frères et sœurs manquent subitement de l'aide qui leur est nécessaire. De nombreux parents se retrouvent dépassés, de retour à la maison, et ont du mal à gérer le quotidien. Le manque d'assurance, le

sentiment des parents d'être insuffisamment préparés, leur besoin accru de connaissances et de soutien et le manque de coordination des offres de soutien ambulatoire se soldent souvent par un allongement des séjours hospitaliers, des réhospitalisations, ou des visites aux urgences ou chez le pédiatre. Un nouveau modèle de soins de santé facilitant, améliorant durablement, et sécurisant la transition vers la maison, est au cœur du projet « Transition to Home after Preterm Birth ». Ce projet a été lancé dans le cadre d'une coopération entre l'hôpital de l'île à Berne et la Haute école spécialisée bernoise. Il est mis en œuvre et évalué dans le cadre d'une phase pilote allant de février 2018 à début 2019.

Transition to Home after Preterm Birth

Canton	Berne
Organisation	Clinique universitaire pour la pédiatrie, la néonatalogie, Hôpital de l'île à Berne et Haute école spécialisée bernoise, département de la santé
Domaine d'intervention	Soins de santé, modèles de collaboration interprofessionnelle
Contexte	Hôpital (domaine hospitalier), domaine ambulatoire, à domicile
Groupes professionnels	Infirmières/infirmières spécialisées (APN), médecins, pédopsychiatres et psychiatres pour adolescents, psychologues, physiothérapeutes, sages-femmes, travailleurs sociaux, pédagogues thérapeutiques, musicothérapeutes, aumôniers
Collaboration interprofessionnelle	Prévention, traitement aigu, traitement des maladies chroniques, transition, pédiatrie
Site web	www.transitiontohome.ch

Continuité du soutien

Le principal enseignement, pour les responsables du projet, est que les parents d'enfants prématurés ont encore besoin de recevoir du soutien à l'issue du séjour hospitalier. De plus, un manque de coordination de nombre des offres de soutien existantes a été mis en évidence. C'est à ce niveau que se place le projet : pour un soutien continu et coordonné, une infirmière spécialisée diplômée (advanced practice nurse), garante de la continuité et chargée de la coordination est attribuée à chaque famille, comme personne de référence. Elle accompagne et conseille la famille, coordonne les offres dès la naissance, pendant le séjour hospitalier, et jusqu'à six mois après la sortie de l'hôpital.

Collaboration interprofessionnelle centrée sur la famille

Le projet traduit un modèle de soins interprofessionnel axé sur la famille, autrement dit qui place toute la famille et son entourage au centre. La famille décide quelles offres de soutien elle souhaite. Pour les responsables du projet, la clé du succès est une collaboration interprofessionnelle optimale. C'est la raison pour laquelle le projet comprend une série de mesures telles que la prise de décision collégiale et l'échange d'informations.

Les tables rondes sont l'élément clé de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de ce projet. En somme trois tables rondes sont organisées par famille: le premier après la naissance, le deuxième avant la sortie de l'hôpital, et le troisième, trois mois après, en présence des professionnels hospitaliers et ambulatoires qui soutiennent la famille. Les parents par-

« Nous essayons de coordonner les offres d'accompagnement des familles et de briser le mur qui sépare les domaines hospitalier et extra-hospitalier. » Un soignant spécialisé en néonatalogie

« La formation polyvalente que nous avons reçue comme parents a aidé notre enfant. Nous étions pour ainsi dire des ,professionnels' quand nous sommes rentrés à la maison. » Une mère

ticipient également à ces discussions, lors desquelles les tâches sont distribuées et les possibilités de collaboration discutées. Cette méthode permet de définir le meilleur suivi et le meilleur traitement possible. Les décisions sont basées sur un échange interprofessionnel auquel est associée la famille.

À l'hôpital, l'infirmière spécialisée rentre dans le système de dossiers patients les décisions prises avec la famille, les conseils donnés et ceux qu'elle a suivis, ainsi que la procédure arrêtée. Toute l'équipe hospitalière peut consulter cette documentation. De plus, les professionnels échangent régulièrement, lors de réunions ou de manière informelle. À l'extérieur, l'infirmière spécialisée veille à ce qu'un échange d'informations se fasse avec les professionnels du domaine ambulatoire. De plus, chaque famille reçoit un classeur dans lequel tous les professionnels concernés documentent leur traitement, chacun d'entre eux ayant accès à son contenu, avec l'accord de la famille. Selon les responsables du projet, le recours au dossier électronique du patient, qui faciliterait aux professionnels l'accès aux données du patient, est à l'étude.



Après la sortie de l'hôpital, les familles de prématurés bénéficient encore du soutien d'équipes interprofessionnelles pendant une durée allant jusqu'à six mois.

Identité collective de l'équipe

Le projet est un terrain d'apprentissage pour la collaboration interprofessionnelle, les participants ayant tous autant intérêt à partager leurs expériences et à mutualiser leurs connaissances. La direction du projet est convaincue que la collaboration interdisciplinaire ne peut être fructueuse que si les professionnels travaillent sur un pied d'égalité. L'identité collective et le respect des autres professions sont une donnée clé du projet.

Les professionnels doivent donc se confronter aux identités de leurs groupes respectifs. De l'avis de la direction du projet, le développement et la mise en œuvre d'une approche participative sont cruciaux pour la construction d'une identité collective. Aussi tous les professionnels de santé, tant hospitaliers qu'extra-hospitaliers, ont-ils été associés à l'élaboration du concept dès son stade initial, de même que les familles concernées. De plus, la direction de projet organise en permanence des stages d'étude pour les professionnels. Des infirmières diplômées ont pu se faire une idée, dans ce cadre, du travail des sages-femmes indépendantes, des neuropédiatres, du Spitex pour enfants ainsi que des consultations pour les pères et les mères. Le Spitex, une sage-femme et des représentants du service éducatif itinérant du canton de Berne ont également été accueillis en stage en néonatalogie.

L'équipe à Berne



Habilitation de la famille

Les responsables du projet sont convaincus qu'une prise en charge interprofessionnelle augmente le succès du traitement des prématurés et a un effet positif tant sur la santé psychique des parents que sur le développement de l'enfant. Pour les parents, son utilité majeure est de faciliter le passage de l'hôpital au domicile familial au bout de plusieurs semaines. Ils apprécient particulièrement de pouvoir rester en contact avec une personne de confiance de l'hôpital. Une transition est ainsi assurée entre l'environnement protégé de l'hôpital et les difficultés du quotidien qui surgissent à la sortie.

Pour les professionnels impliqués aussi, le projet a une claire utilité. La coordination des offres de soutien permet d'optimiser les compétences spécifiques des prestataires respectifs. Elle évite les doublons et améliore la communication et la circulation de l'information. Ce projet permet donc de raccourcir la durée du séjour hospitalier avec à la clé, des économies bénéfiques au système de santé.

Les frais d'hospitalisation d'un enfant prématuré s'élèvent souvent à plusieurs centaines de milliers de francs. Selon les responsables du projet, le financement du suivi post-hospitalier des familles pérennise les effets d'une hospitalisation très coûteuse. Aussi vaut-il la peine, d'un point de vue économique, d'investir dans la petite enfance et dans les relations parents-enfants, aussi bien pour réduire les complications tardives que pour des raisons médicales. Les prestations complémentaires prévues par le nouveau modèle de soins peuvent permettre des économies dans le domaine hospitalier en réduisant la durée de l'hospitalisation et en évitant des ré-hospitalisations. Dans le domaine ambulatoire, elles peuvent éviter des visites aux urgences.



Financement

Pendant la phase pilote 2018–2019, le projet est financé par des fonds propres et des fonds de tiers. Lorsqu'il sera mis en œuvre, un plan d'exploitation global sera établi sur la base des coûts calculés pendant la phase pilote.

« La première table ronde a été extrêmement salutaire. Nous n'avions reçu que des informations parcellaires dont nous n'arrivions pas à retrouver le fil conducteur. L'entretien nous a permis de nous faire une vue d'ensemble. » Une mère

Plan de Soins Partagé

Environ 5 à 10 pour cent des patients suivis en ambulatoire peuvent être considérés comme des patients avec besoins complexes. Ce sont des personnes qui présentent un ensemble de caractéristiques qui rendent une prise en charge standard difficile et qui bénéficieraient

Plan de Soins Partagé

Canton	Genève
Organisation	Direction générale de la santé Genève (DGS, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé), Association PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades), Institution genevoise de maintien à domicile (imad)
Domaine d'intervention	tous
Niveau	hôpital (prise en charge ambulatoire), aide et soins à domicile, cabinet, pharmacie, Unité d'accueil temporaire médicalisée de Cité générations
Groupes professionnels	médecins, personnel infirmier et soignant, pharmaciens, assistantes médicales/CMA, professions dans l'administration (DGS), professions dans le domaine des assurances, autres professions (ex : informaticiens)
Coopération interprofessionnelle	Diverses domaines d'intervention : Polymorbidités, prise en charge des troubles chroniques, proches aidants, soins médicaux de base, etc.
Contact	Aurélie Rosemberg, directrice des projets stratégiques transversaux, aurelie.rosemberg@etat.ge.ch

d'une dynamique d'équipe interprofessionnelle. Ces caractéristiques peuvent être, par exemple, plusieurs maladies (somatiques et/ou problématiques de santé mentale), des proches-aidants épuisés ou l'absence de proches-aidant, un nombre élevé de professionnels (non-coordonnés), des difficultés socio-économiques, etc. Dans le cadre du projet «Plan de Soins Partagé», la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève, en collaboration avec PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades) et l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad) ont comme objectif de soutenir les soignants impliqués dans la prise en charge des patients avec besoins complexes, en facilitant la collaboration interprofessionnelle et la communication, entre les soignants et le patient.

Séance de coordination – prise de décisions communes

Le cœur du projet est constitué de séances de coordination régulières auxquelles participent le patient avec ses proches-aidant, le médecin traitant et l'infirmier référent. Ces séances permettent à cette équipe interprofessionnelle de se connaître, de construire une relation de confiance et d'élaborer ensemble une prise en charge coordonnée basée sur les priorités du malade, l'analyse conjointe des problématiques rencontrées, et les solutions choisies.

Plan de soins formalisé et partagé

Un plan de soins formalise les éléments décidés lors des séances de coordination. Il contient les priorités du patient, les domaines d'intervention nécessaires et les objectifs associés à ces domaines. Les actions sont identifiées et les rôles sont attribués. Des éléments proactifs sont également au centre du plan de soins, soulignent les gestionnaires de projet, afin d'éviter des événements tels que des consultations aux urgences, des hospitalisations non-planifiées, etc.

Ce plan de soins est partagé, c'est-à-dire que chacun des membres de l'équipe le consulte via son dossier patient électronique, ceci de manière totalement sécurisée. De plus, les membres de l'équipe ont accès à l'information de suivi de ce plan de soin. Cela est rendu possible par l'interopérabilité entre les différents systèmes informatiques, ceux utilisés par les patients et ceux des différents prestataires de soins. L'équipe concernée décide quelles informations

Patient et des proches



une infirmière
spécialisée

une assistante sociale



Infirmier



Médecin

Projet interinstitutionnel

prise en charge des patients avec
besoins complexes en équipes
interprofessionnelles (patients,
proches, médecins & soins à domicile)



un médecin spécialiste
ex: psychiatre

une assistante en Soins et Santé
Communautaire (ASSC)

doivent être visibles par tous. Selon un responsable du projet, seul ce qui est pertinent aux yeux de l'équipe est partagé. La circulation en instantané de l'information (synchronisation) est centrale, car l'état de santé des patients complexes peut changer quotidiennement, insiste une proche aidante.

« Ensemble nous pouvons faire plus et ensemble nous sommes plus intelligents. » Infirmier

Un projet construit avec les médecins et le personnel infirmier

Un grand nombre de prestataires de soins disposant d'expertises complémentaires interviennent dans la prise en charge des patients complexes. Cette prise en charge ne peut être efficace que si ces interventions sont coordonnées et cohérentes.

Dans un premier temps, le projet a surtout été élaboré avec des médecins traitants et avec des infirmiers des soins à domicile, ces professionnels étant les plus proches des patients. Un projet connexe (Plan de médication partagé) permettra d'étendre l'équipe interprofessionnelle aux pharmaciens et aux hôpitaux, afin d'améliorer la coordination des traitements médicamenteux. Dans une prochaine étape, les contributions capitales des acteurs sociaux devront également être intégrées au Plan de Soins Partagé.

Le consensus comme moyen

Les séances de coordination sont au cœur du travail interprofessionnel. L'objectif des séances de coordination est de parvenir à un consensus sur les objectifs et les actions afin de rendre la prise en charge cohérente. Ce sont les patients qui décident si leur Plan de Soins doit être partagé ou non, souligne une proche aidante. Pour parvenir à un consensus, les membres de l'équipe doivent être disposés à travailler en étroite collaboration. Selon les responsables du projet, il s'agit d'un changement majeur dans la pratique, en particulier pour les médecins et le personnel infirmier. Ils sont donc formés et accompagnés à la coopération interprofessionnelle. Leurs organisations sont également impliquées pour faciliter l'adoption de ces innovations.

Décision partagée – leadership flexible

L'attribution du leadership au sein de l'équipe n'est pas définie par le projet. La convocation d'une séance n'est donc pas nécessairement déclenchée par les soignants, mais peut également être demandée par un proche aidant. Toutefois, il incombe à l'infirmier de s'assurer que les éléments décidés durant la séance de coordination figurent bien dans le plan de soins. C'est l'équipe qui, lors de sa prochaine séance de coordination, vérifiera l'atteinte (ou non) des objectifs et les réajustera si nécessaire.

Bénéfices du projet

Le projet renforce le partenariat entre le patient et les soignants. Il contribue ainsi à la qualité et à la sécurité des soins. Il renforce également l'autonomie du patient. En plus, le projet valorise le rôle des proches aidants : ils sont non seulement les proches des patients mais aussi les plus impliqués au quotidien dans la prise en charge, explique une proche aidante.

La sécurité de la prise en charge est également renforcée lorsque l'équipe décide des objectifs et des mesures à prendre. Le projet contribue également à la valorisation de chacun des professionnels, car chaque membre de l'équipe peut apporter son expertise, soulignent les responsables du projet. L'approche interprofessionnelle augmente l'expertise disponible

« Le malade n'est plus la victime mais l'acteur de sa santé. » Proche aidante

et permet de prendre de meilleures décisions. De plus, le passage du travail en mono-professionnel au travail d'équipe interprofessionnelle permet de répartir les responsabilités et la charge émotionnelle que peuvent ressentir les soignants. Les effets positifs sur le patient et ses proches influencent également la manière dont les professionnels évaluent leur efficacité. Dans l'ensemble, les responsables du projet sont convaincus que le travail en équipe augmentera leur satisfaction au travail.

Actuellement, le système suisse de santé répond difficilement aux besoins des patients avec besoins complexes. Avec le projet «Plan de Soins Partagé», la continuité des soins peut être améliorée. L'expérience à ce jour montre que le nombre d'hospitalisations et de consultations d'urgence peut être réduit grâce à un plan de soins partagé. Enfin, une proche aidante souligne que le système peut également être amélioré en donnant aux patients et leur entourage une plus grande responsabilité pour leur santé et la santé de leurs proches.

« Souvent, les soignants considèrent la prise en charge d'un patient complexe comme un échec thérapeutique. Mais, dans le projet, on peut améliorer la situation des patients et c'est valorisant. » Médecin

Financement

Selon les responsables du projet, les modalités actuelles de financement constituent un obstacle majeur à la prise en charge des patients avec besoins complexes. Alors que, justement, la coordination est indispensable pour ces patients, sa valorisation est difficile. Les séances de coordination ne sont financées pour les infirmières que si le patient est considéré comme instable, ce qui va à l'encontre de la logique proactive du projet, indispensable pour ces patients. En effet, de nombreuses interventions de durée limitée (p.ex. téléphones) sont nécessaires pour la prise en charge du patient complexe. En plus, leur répartition aléatoire sur la journée de consultation rend la saisie de ces prestations laborieuse. Enfin, le patient complexe nécessite plus de temps de prestation en son absence que le patient standard : les activités de coordination par les infirmières en l'absence du patient ne disposent d'aucun financement ; avec les limitations de Tarmed 2018, ces prestations ne sont plus couvertes en suffisance pour les médecins.

Le projet genevois dispose d'un financement cantonal transitoire pour les séances de coordination. L'objectif des responsables du projet est d'évaluer et de mettre en œuvre de nouveaux les modèles de financement à même de soutenir durablement la coordination interprofessionnelle.



Réadaptation Oncologique

En Suisse plus de 300 000 personnes sont directement touchées par le cancer. Chaque année, 40 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués, dont un peu moins de la moitié concerne des personnes encore actives. En plus de la maladie qui affecte leur qualité de vie, celle-ci est également diminuée par les effets secondaires du traitement (ex : fatigue ou difficultés de concentration).

Réadaptation Oncologique

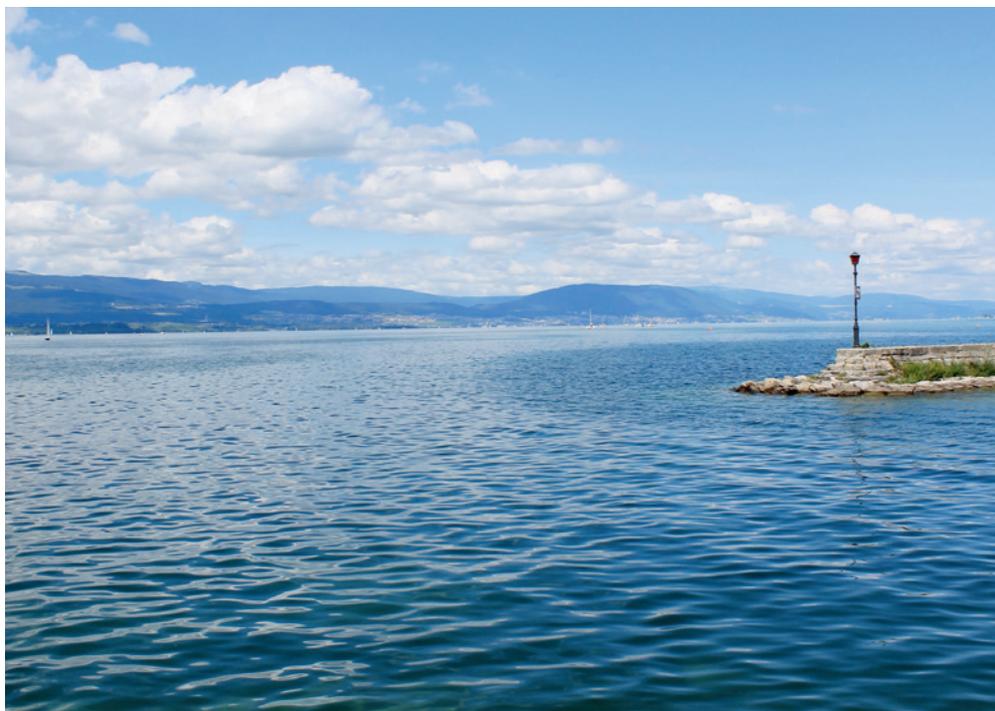
Canton	Fribourg
Organisation	Centre de santé de la Corbière, Estavayer-le-Lac
Domaine d'intervention	soins de santé, modèles interprofessionnels
Niveau	Commune/Service social, Cabinet/Institut
Groupes professionnels	Maître d'activités Physiques Adaptées, Physiothérapeutes, diététiciens, Assistantes sociales des ligues de santé, Thérapeutes complémentaires (homéopathie, acupuncture), Psycho-oncologues, Directions administratives, Ligue Fribourgeoise contre le cancer
Coopération interprofessionnelle	prévention (nutrition), réhabilitation/réadaptation, oncologie, santé psychique, compétences en matière de santé des patients, diététique
Site web	www.lacorbriere.ch

Par conséquent, les patients ne sont souvent pas capables de travailler et dépendent de l'assurance invalidité. Des programmes de réadaptation ciblés pour les patients cancéreux peuvent contribuer de manière significative à réduire les effets secondaires des traitements anticancéreux. Ainsi, leur qualité de vie et celle de leurs proches peut être améliorée et le retour à une vie quotidienne normale facilité. À ce jour, il n'existe aucun programme de réadaptation coordonnée en Suisse Romande. Le programme « Réadaptation Oncologique » du Centre de santé de la Corbière d'Estavayer-le-Lac vise à combler cette lacune.

Global et basé sur des preuves

La Réadaptation Oncologique de la Corbière est un programme de réadaptation ambulatoire de neuf semaines. Il vise à augmenter l'autonomie des patients. Selon le directeur du programme et l'oncologue responsable, il est essentiel de considérer la condition physique, ainsi que le bien-être psychologique et social du patient dans le traitement. Au cours du programme, les patients sont évalués par l'oncologue responsable et des activités physiques adaptées à leur condition sont organisées. Les patients reçoivent également des conseils nutritionnels et suivent des cours de cuisine. Des clés pour mieux vivre avec le diagnostic de cancer (connaissance de soi, relaxation, méditation) sont abordées dans les groupes de paroles. Enfin, les patients bénéficient également d'une aide à la réinsertion professionnelle (ex : par le coaching professionnel en collaboration avec la Ligue fribourgeoise contre le cancer et l'AI). Lors des entretiens, l'oncologue responsable et le directeur soulignent que l'interaction de toutes ces mesures est essentielle pour garantir le succès du programme.

La situation géographique du centre de santé de la Corbière, à proximité directe du lac de Neuchâtel, favorise l'approche globale du programme de réadaptation oncologique.



Effet du groupe

La dynamique de groupe joue un rôle central dans le programme. Tous les cours sont collectifs. Les contacts sociaux et l'expérience partagée par les patients ont un effet positif. L'oncologue responsable ajoute que souvent, les participants gardent contact après avoir quitté le programme et se rencontrent pour partager des activités (ex : s'entraîner ensemble).

« Le groupe était plus que stimulant pour moi. J'avais l'impression qu'on avançait plus vite en groupe. Je rencontre toujours les gens de mon groupe. »

ex-patiente

Travail interprofessionnel

Selon les responsables du programme, le succès des programmes de réadaptation oncologique dépend fortement de la coopération et de la coordination des prestataires de soins participants et de leurs institutions. Au début de chaque phase du programme, les professionnels de la santé (oncologue, maître de sport d'Activité Physique Adaptée (APA) et diététicienne) procèdent à une évaluation de l'état de chaque patient du groupe. Par la suite, ils se réunissent avec les autres thérapeutes intervenants et discutent les besoins des patients du groupe afin de rendre le programme davantage individualisé. Une telle réunion sous forme d'échanges formels se renouvelle au milieu et à la fin de la phase du programme. De plus, tous les spécialistes utilisent le même dossier patient électronique et peuvent ainsi y consigner les problèmes ou incidents particuliers.

Les échanges informels au sein de l'équipe sont également importants. Les groupes sont relativement petits (maximum 10 patients par groupe), ce qui permet une plus grande proximité et un accompagnement étroit. Un échange entre les professionnels a donc également lieu avant ou après les cours. L'échange permet de s'assurer que les professionnels puissent améliorer leurs traitements. Selon le maître de sport APA, les effets secondaires du traitement du cancer peuvent avoir un effet marqué sur la forme physique. L'oncologue peut lui transmettre ces renseignements ce qui permet au maître de APA d'adapter la thérapie.

« Il manque des offres qui aident les patients cancéreux à retrouver une vie normale. » Oncologue

Bénéfices du projet

Selon les responsables du projet, le programme axé sur les besoins entraîne des changements importants de l'état de santé et du bien-être général du patient. La prise en charge des coûts par l'assurance de base garantit l'égalité des chances, soulignent les chefs de projet. L'un des principaux avantages pour les patients est également l'approche globale du programme, qui tient compte également de la réinsertion professionnelle. Une patiente souligne, par exemple, que le programme l'a non seulement aidée à se rétablir, mais qu'il lui a également fourni des outils importants pour mieux faire face à la vie quotidienne, améliorant ainsi son autonomie.

L'avantage pour les professionnels est qu'ils peuvent améliorer leurs actions individuelles par des échanges interprofessionnels et les rendre davantage ciblées. Par exemple, le maître de sport APA peut ajuster son traitement si elle apprend de l'oncologue qu'un patient est un peu moins en forme à cause des effets secondaires. Les professionnels ont également souligné qu'ils estimaient que leur travail était plus efficace, ce qui augmente leur satisfaction au travail.



Les responsables du programme se rendent compte que leurs patients pourront retourner plus rapidement sur le marché du travail. Il faut donc s'attendre à une influence significative sur les coûts indirects des soins : les patients qui retournent plus rapidement sur le marché du travail auront besoin d'une prestation d'invalidité moins élevée ou d'une aide de plus courte durée. Selon les estimations, ces coûts indirects sont deux fois plus élevés que les coûts directs du traitement du cancer. Les coûts de la réadaptation en moyenne représentent moins de cinq pour cent des coûts totaux de traitement, souligne le directeur. D'autre part, les responsables du programme constatent également que l'état de santé global des patients s'est largement amélioré après le programme.

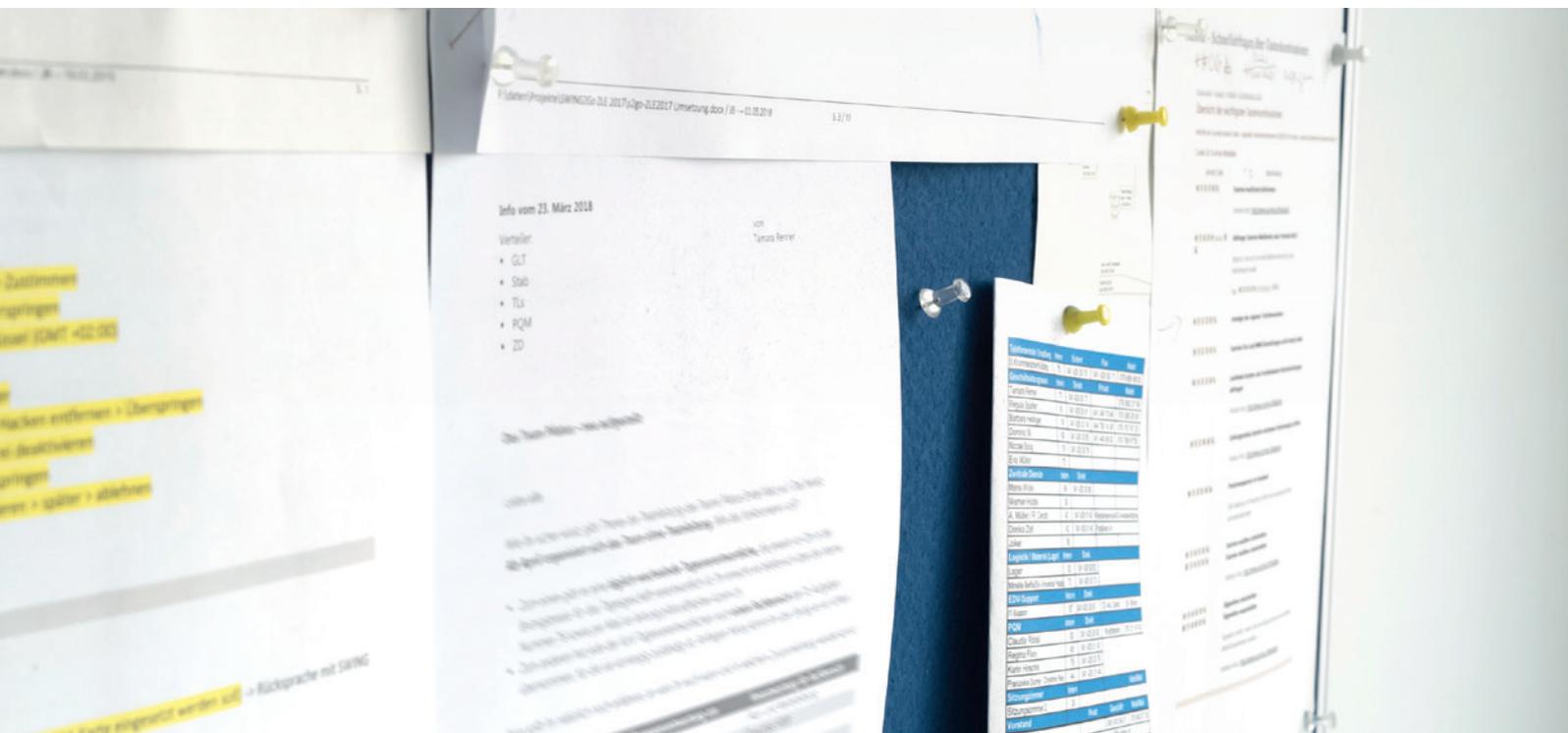
En plus de la diminution des charges sociales suite à un retour au travail plus rapide, un tel programme peut avoir des influences favorables sur la diminution des risques de récives et sur le besoin de traitement de maintiens (diminution des couts de la santé sur le long terme).

Financement

Les mesures du programme de base sont prises en charge par l'assurance de base. Cela garantit à tous les patients un accès au programme. Toutefois, la question du financement des investissements ainsi que des tâches de coordination est plus difficile. Ces dernières ne sont généralement pas remboursées par l'assurance, surtout si elles sont effectuées par du personnel non-médical. Ainsi, un déficit de CHF 1'500 est généré par la prise en charge de chaque patient. Ces frais sont actuellement assumés par un mécène privé.

« Pour moi, c'est logique de travailler comme ça. Il n'y a pas d'autres possibilités. » Oncologue

« Je ne m'étais pas rendu compte que la maladie touche aussi d'autres domaines que le domaine médical. » ex-patiente









Impressum

Éditeur

Office fédéral de la santé publique, OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

www.bag.admin.ch/ppinterprof

Rédaction

Kristin Thorshaug, Andreas Balthasar,
INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung
Cinzia Zeltner, OFSP

L'ensemble des textes a été élaboré en
collaboration avec les équipes décrites.

Concept graphique, mise en page, illustrations

Aline Telek

Photos

Ayşe Yavas (P. 1,9,19-21,40-41)

Salvatore Vinci (P. 17,26,27)

AdobeStock, istockphoto (P. 29,31,35)

Diverses images prêtées par les équipes

Impression

Office fédéral de la santé publique, OFSP

Source d'approvisionnement

OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne

www.publicationsfederales.admin.ch

Numéro de commande OFCL: 316.601.f

Cette publication est disponible gratuitement
en français, en allemand et en italien; imprimé ou
électronique.

© Office fédéral de la santé publique,
septembre 2018

