

Un outil au service de l'équipe interprofessionnelle

Le Plan de Soins Partagé informatisé

A Genève, un projet interinstitutionnel autour de la prise en charge ambulatoire et domiciliaire des situations complexes accompagne des équipes interprofessionnelles. Dans ce cadre, un Plan de Soins Partagé est déployé: un outil sécurisé, centré sur les spécificités du malade, et partagé en temps réel entre patient, infirmière et médecin.

Texte: Séverine Schusselé Fillietaz, Laurent Marjollet, Nicolas Perone, Frédéric Budan & Aurélie Rosemberg

La fragmentation^[1] du système de santé suisse est particulièrement vraie dans les soins de santé primaires ambulatoires et domiciliaires. Elle se manifeste notamment au niveau organisationnel (institutions/prestataires de soins généralement indépendants des cabinets des médecins, gouvernance et organisation séparées) et au niveau de la communication (contacts via fax et téléphone, peu de rencontres formalisées, dossiers-patient distincts).

Dans un contexte de transition épidémiologique et de vieillissement de la population, dans lequel la complexité bio-psycho-sociale et environnementale augmente, cette fragmentation complique le suivi et la cohérence de la prise en charge.

Face à ce constat, de nombreux intervenants s'efforcent déjà de dépasser cette fragmentation en travaillant de manière coordonnée entre patients, proches et soignants. Une initiative genevoise permet, en complément des relations déjà établies, de renforcer ce processus de coordination d'équipe et de contribuer à la continuité de la prise en charge. En voici les principaux éléments communicationnels: séances de coordination régulières, formalisa-

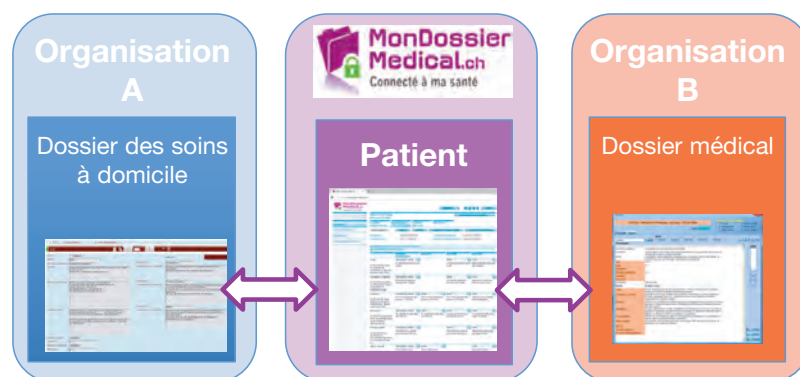
Les membres du Groupe de Travail «Plan de Soins Partagé» tiennent à remercier ici tous les soignants qui – dans les institutions ou en tant qu'indépendants – expérimentent l'interprofessionnalité au quotidien avec les personnes malades et leur proches, et qui ont accepté de partager leur expertise dans le cadre de ce projet.

Direction Générale de la Santé (DGS) www.MonDossierMedical.ch

Institution genevoise de maintien à domicile (imad) www.imad-ge.ch

Association PRISM www.prism-ge.ch

Association des Médecins du canton de Genève www.amge.ch



L'interopérabilité: indispensable pour faire circuler les données de manière sécurisée entre les dossiers informatisés.

tion d'un Plan de Soins Partagé informatisé, puis échanges automatiques d'informations de suivi de la prise en charge.

La séance de coordination d'équipe

Les situations complexes présentent des besoins multiformes et requièrent de nombreux intervenants, chacun pouvant cibler ses priorités^[5,6].

Or, en se réunissant systématiquement lors de séances de coordination, la personne soignée, son proche, l'infirmière et le médecin contribuent à la compréhens-

sion commune de la situation en valorisant leurs expertises et leurs évaluations. Ce processus de mise en commun conduit à un consensus d'équipe autour des priorités et objectifs, améliore la cohérence et la proactivité de la prise en charge et répartit les rôles. Centré sur les besoins du patient, cette démarche permet de mieux appréhender la complexité des situations, de la partager en équipe, afin de «tirer tous à la même corde», comme souvent évoqué. Ce partenariat accroît aussi la capacité d'autogestion et d'auto-détermination du patient.

Les principaux éléments issus de cette réunion sont ensuite formalisés dans un Plan de Soins Partagé (PSP).

Le PSP, reflet de la démarche de l'équipe

Schématiquement, le raisonnement des soignants pour la prise en charge du patient se structure de la manière suivante:

collecte de données, analyse, planification, intervention et évaluation des résultats. Le médecin se base sur les diagnostics médicaux suivis d'options thérapeutiques, tandis que les soins infirmiers recourent, par exemple, aux diagnostics infirmiers ou à des motifs de prise en charge, afin de construire leur processus de soins infirmiers.

Ces deux approches différentes nécessitent un outil commun, le Plan de Soins Partagé, qui réconcilie le raisonnement médical et infirmier selon une logique de résolution de problème, tout en intégrant l'analyse du patient et du proche. Cette démarche intellectuelle fait donc sens pour l'équipe.

Le PSP reprend les éléments identifiés par l'équipe: les priorités du patient, ainsi que les domaines et objectifs d'intervention associés (ci-dessous). Sa version informatisée – également imprimable – tient lieu de feuille de route pour les membres de l'équipe. Le PSP sert également de trame au suivi de la prise en charge, jusqu'à sa prochaine édition.

Une trame pour structurer le suivi

Dès son édition, le PSP apparaît automatiquement sur les dossiers informatiques de l'ensemble de l'équipe concernée. Par ailleurs, les domaines identifiés lors de la séance de coordination (ex: Chute, Douleurs, etc.) vont servir de trame pour que les observations y-référentes – consignées par les soignants et par les patients – soient accessibles dans les différents environnements informatiques respectifs, sans la contrainte d'une double saisie. Cela permet ainsi à chaque membre de l'équipe d'utiliser son outil informatique habituel, tout en y visualisant les contributions des autres, de manière structurée. L'illustration ci-dessous schématise cette interopérabilité entre les différents dossiers informatiques: celui du patient, celui des soins à domicile, celui des médecins.

Cette interopérabilité bénéficie d'un degré de sécurité maximal grâce à la plateforme cantonale de transfert d'information www.MonDossierMedical.ch: seuls les professionnels identifiés par le patient peuvent avoir accès aux éléments évoqués ici.

Quelques leçons tirées

L'informatisation du Plan de Soins Partagé contribue à la qualité, à la sécurité et au confort des prises en charge en équipe interprofessionnelle. Elle contribue égale-

Plan de soins partagé			Objectifs
Prénom	Philippe		
Nom	Aragats		
Date de naissance	03.04.1956		
Membres de l'équipe		Chute	M. portera ses bandes de contention. M. aura des tensions entre 120–140 mmHg de TAS et 70–90 TAD, puls entre 65 et 85. M. arrivera à sécuriser son quotidien (cannes à l'intérieur, rollator à l'extérieur) M. bénéficiera d'un renforcement physiothérapeutique.
Dr David Karn, médecin traitant: 022 333 447 55, 079 553 22 11 Julie-Laure Meury, inf. référente: 079 689 25 82 En l'absence du Dr Karn – Dr Frédéric Plaberg, 022 704 15 59 – Urgences de la Cité (7h–23h), 022 709 25 56 – En cas d'urgence à domicile: doc-à-dom: 022 514 47 75			
Séance de coordination		Douleurs	M. prendra son ttt de façon sécurisée (semainier). M. continuera à réaliser ses glycémies de manière autonome (matin et soir à jeun). Les capacités cognitives de M. seront évaluées et renforcées en fonction de ses besoins.
Colloque réseau du 21/04/2016 au domicile de M. Aragats En présence de: M. et Mme Aragats, Dr Karn, Inf. Meury Prochain colloque: dans 3 mois au plus tard (Mme Meury coordonne)			
Priorités du patient		Respiration	La dyspnée de M. sera réduite grâce à une meilleure utilisation de son concentrateur. Objectif de saturation supérieur ou égal à 85%, avec fréqu. resp. entre 15–25/min. M sera moins somnolent la journée grâce à une utilisation plus autonome de sa CPAP.
Le couple souhaite rester le plus longtemps possible ensemble à domicile => être aidés et soutenus dans un quotidien parfois difficile, avec une autonomie renforcée et une présence limitée des soignants. Monsieur ne désire pas réfléchir pour l'instant à la formalisation de directives anticipées. Il souhaite se faire hospitaliser (Hôpital de la Clairière) en cas de problème respiratoire aigu. Monsieur aimerait pouvoir plus sortir de son domicile, malgré ses problèmes respiratoires.			
		Proches aidant	Mme A. bénéficiera de moments de répit. Mme A. sera valorisée dans son rôle de proche-aidant. La qualité de vie de Mme A. sera améliorée. Les temps de répit de Mme seront acceptés par M. et n'augmenteront pas son anxiété.
		Stress/Anxiété	M. aura un espace d'écoute régulier pour verbaliser l'évolution de sa maladie. M. sera accompagné dans son processus de choix sur son avenir (directives anticipées?).

Un exemple de Plan de Soins Partagé (patient et soignants anonymisés).

ment à rasséréner le patient et ses proches en garantissant un partage des informations en temps réel et leur disponibilité pour tous les intervenants impliqués, même lors d'urgences. Le PSP s'intègre dans la globalité du projet e-Health suisse et va s'ouvrir à d'autres professions.

Les intervenants impliqués soulignent la valeur ajoutée de la tenue et de la formalisation des processus interprofessionnels, dont la séance de coordination. Ces processus facilitent la construction d'une relation de confiance et de reconnaissance mutuelle entre tous les membres de l'équipe^[2,3].

Il importe donc de valoriser ces processus de coordination et de les faciliter: c'est là le réel enjeu du changement des pratiques^[4,1].



Vous trouverez la bibliographie en lien avec cet article dans la version numérique www.reader.sbk-asi.ch

Référence

Le Chronic Care Model

À Genève, depuis 2012, une recherche-action^[5] permet de travailler en étroite collaboration avec des professionnels des soins ambulatoires et à domicile (infirmières, médecins, pharmaciens, etc.) afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs de la prise en charge de la complexité en équipe interprofessionnelle. Le Chronic Care Model^[6] sert de cadre de référence pour lancer des projets autour des besoins identifiés: processus interprofessionnels, valorisation des activités de coordination, communication interprofessionnelle, etc.