

Collaboration interprofessionnelle entre 1^{ère} ligne de soins et services des urgences hospitaliers

Résultats de FG avec les MG

Université de printemps francophone en Santé publique - ULB

Module 3. Le dossier patient informatisé, outil de
coopération et de continuité des soins

marlene.karam@uclouvain.be
jean.macq@uclouvain.be

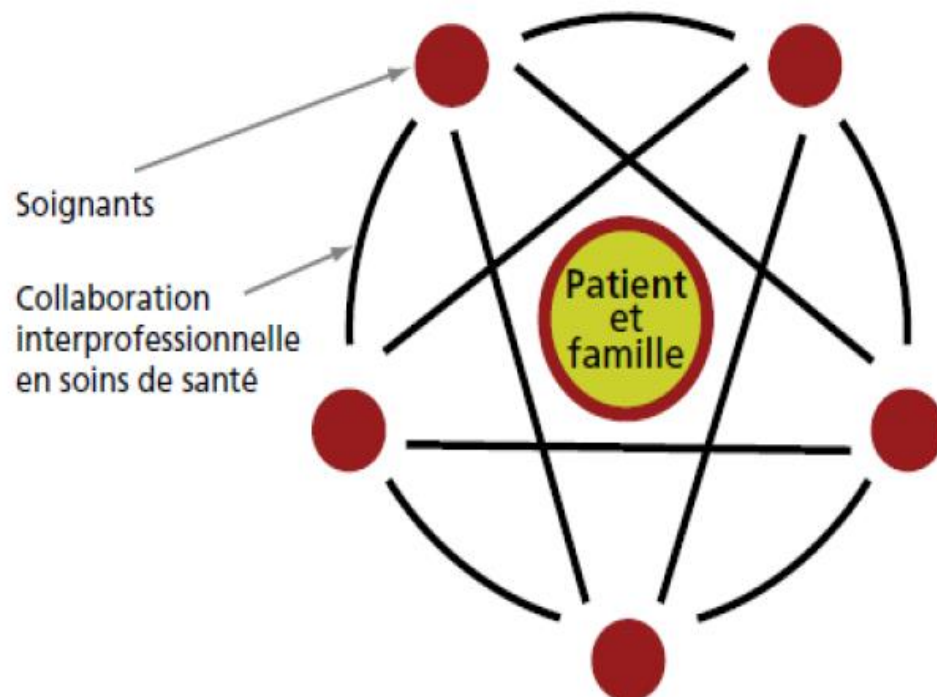
Bruxelles, le 20 mai 2015

Introduction

La Collaboration Interprofessionnelle (CI) : « *Un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des patients et pour le plus grand bien de ceux-ci* » ⁽¹⁾.

(1): Baggs J., & Schmitt, M. (2007). Collaboration between nurses and physicians. *Journal of Nursing Scholarship*, 20 (3), 145-149.

Définition de la CI:



Source: Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, mai 2010.

Introduction

Les composantes de la CI ⁽²⁾

- la responsabilité partagée,
- la coordination,
- **la *communication*,**
- la coopération,
- l'autonomie,
- le respect et la confiance mutuels.

(2): Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). *Implementation strategies: "Collaboration in primary care –family doctors &nurse practitioners delivering shared care"*. Discussion Paper Written for the Ontario College of Family Physicians.

Objectif de la recherche

Qu'est-ce qui fonctionne en termes de CI entre les services des urgences et la 1^{ère} ligne de soins?

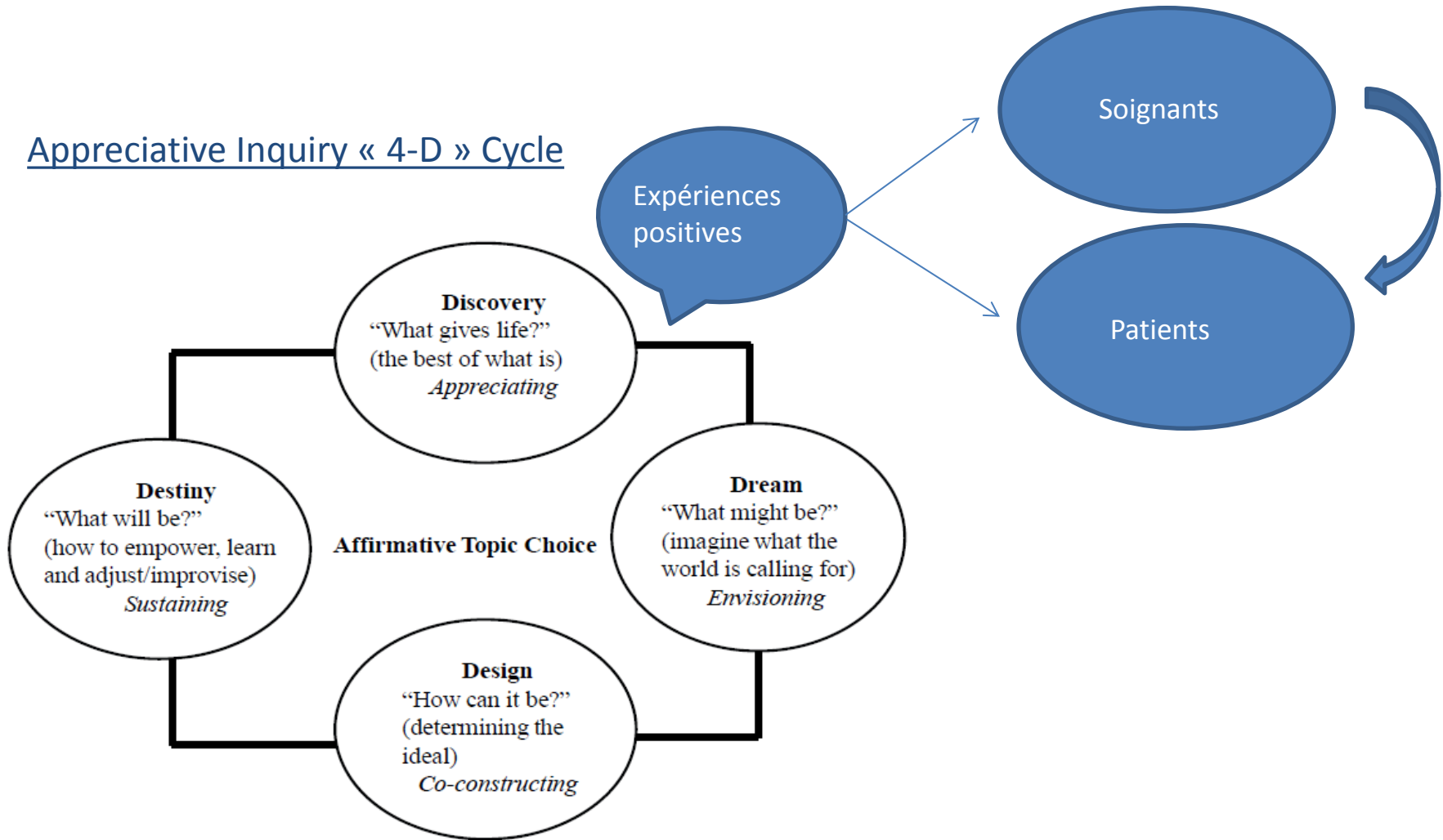


Pourquoi cela fonctionne ? Dans quels contextes et conditions? Pour quels acteurs ?
Comment procèdent-ils ?

Et en quoi améliore-t-elle la continuité des soins au patient ?

Approche méthodologique

Appreciative Inquiry « 4-D » Cycle



Méthode

- Méthode de recherche qualitative – entretiens collectifs (Focus Group)
- 4 FG avec des Médecins Généralistes :
 - ✓ 6 à 12 participants/FG: total de 35 participants
 - ✓ pratiques différentes: cabinet privé – polycliniques- MM – centre de santé mentale- planning familial ...
 - ✓ contextes différents : Bruxelles (2) – Namur - Bouge
- Outil: guide d'entretien suivant la méthode AI
- Comité éthique

Résultats

Pensez aux moments où votre collaboration avec un service d'urgences/MG vous a paru positive.

Racontez-nous cette expérience.

Qu'est-ce qui, exactement, vous a "enchanté" dans cette expérience ?

- I. **Communication**
- II. Respect et confiance mutuels
- III. Partenariat/responsabilité partagée
- IV. Objectifs partagés/communs.

Résultats

I. La communication écrite

Ça se passe bien quand...

Courrier/lettre de sortie :

1. Complet

- ✓ motif,
- ✓ examens complémentaires,
- ✓ diagnostic,
- ✓ traitement
- ✓ Suivi → continuité de soins: « ...Ce que j'aime bien c'est quand dans le rapport on dit ce que le patient a comme rdv de prévus pour la suite de la prise en charge ; on sait si le suivi est assuré, prévu ou pas... »

2. Clair

Aiguillage
Présentation

« ...C'est vrai que parfois... je prends le téléphone et si j'appelle aux urgences à ce moment-là c'est la cata, à tous les coups ce n'est pas le médecin qui va répondre qui était de garde ce jour-là... »

Résultats

I. La communication écrite

Courrier/lettre de sortie :	
3. Rapide	<i>« ...La rapidité de la réponse que ça soit par internet ou par courrier pour qu'on ait tout ça quand le patient arrive, qu'on ait ça sous les yeux ; et qu'il voit qu'on est au courant »</i> <i>« ... ou alors il vient avec tout le traitement nouveau, voilà j'ai rien compris qu'est-ce que je dois faire, et nous on n'a rien d'autre à lui expliquer par ce qu'on a rien, et le patient-même n'a rien en main... »</i> <i>« ...aujourd'hui j'ai reçu un rapport d'un patient qui date d'il y a 5 mois, ça n'a plus de sens... »</i>
4. Systématique	<i>« ...il y a souvent des retours de courriers des patients qu'on ne sait même pas qu'ils sont passés aux urgences... »</i>
5. Appuyé par une communication orale	<i>Le coup de fil !</i>

Résultats

I. La communication écrite

*Que pensez-vous de la **standardisation**?*

- « ...que les lettres aient exactement le même canevas, ça **m'importe peu** tant que les informations s'y trouvent... »
- Problème « d'ergonomie »: « ... on va déjà se trimbaler avec nos ordonnances, le papier spécial pour la radio, si en plus il faut **encore** se taper **un carnet** pour envoyer aux urgences, finalement on va avoir une petite brouette... »
- Jargon des MS: « ... abréviations spécifiques par spécialisation,... c'est absolument **incompréhensibles**... y a que les spécialistes qui peuvent les comprendre... »
- Flexibilité:
 - ✓ « ... Il ne faut pas que ça devienne trop **cadennassé** ; sinon il y a quelque chose d'absurde, de déshumanisant ; ça serait quand même terrible que le plus précieux on ne puisse pas le mettre parce que **la case n'existe pas**... »
 - ✓ « ... Parfois les cases bien précises, comme pour la radiologie, **ça correspond pas** vraiment à ce qu'on veut... »

Résultats

II. La communication orale

Ça se passe bien quand...

« Le coup de fil »

SU → MG

« Le coup de fil » = expérience positive !!

- ✓ Complément d'informations et aide à la prise de décision: «... on m'a rappelé pour *avoir mon avis* par rapport au *contexte de vie du patient*, et de la prise en charge, et par la suite m'informer...»
- ✓ Retour: « ... *on a pris la peine de me rappeler...* »
- ✓ Organiser un RAD
- ✓ Interaction : «... surtout quand on était bon dans le diagnostic, c'est vrai que c'est *gratifiant*... c'est bien de ne pas oublier de nous le dire aussi... »
- ✓ Discuter d'un projet de fin de vie

« ... On sent bien quand on est appelé que c'est souvent à la demande expresse du patient...et après tout le monde est content ; mais il est *cet élément de levier souvent*...».

Résultats

II. La communication orale

Ça se passe bien quand...

« Le coup de fil »

MG → SU

- ✓ Faire de la « bonne » MG: « ...Parfois en appelant aux urgences, et prenant quelques conseils, le patient ne doit pas aller aux urgences vu qu'on donne le bon médicament et qu'on fait la bonne surveillance ».
- ✓ Conseil: « ... J'ai besoin de *l'avis d'un médecin de garde* parce que j'hésite à référer... j'ai pris mon téléphone pour appeler les urgences de... j'ai été bien accueillie, j'ai eu disponibilité, écoute, concertation, vraiment discussion collégiale... »
- ✓ Satisfaction du patient: « ... quand le MG téléphone aux urgences, le patient est mieux accueilli... il a l'impression d'être *attendu, écouté, pris au sérieux...* »
- ✓ Accélérer une prise en charge: « *sensibiliser + gagner du temps* »
 - ❖ pour répondre aux RBP (prise en charge d'AVC)
 - ❖ un résultat catastrophique

Disponibilité : MU joignable:

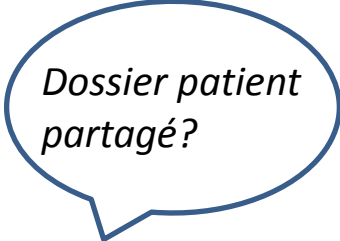
- ✓ sans intermédiaire
- ✓ hotline
- ✓ numéro unique par fonction

Résultats

III. Les outils

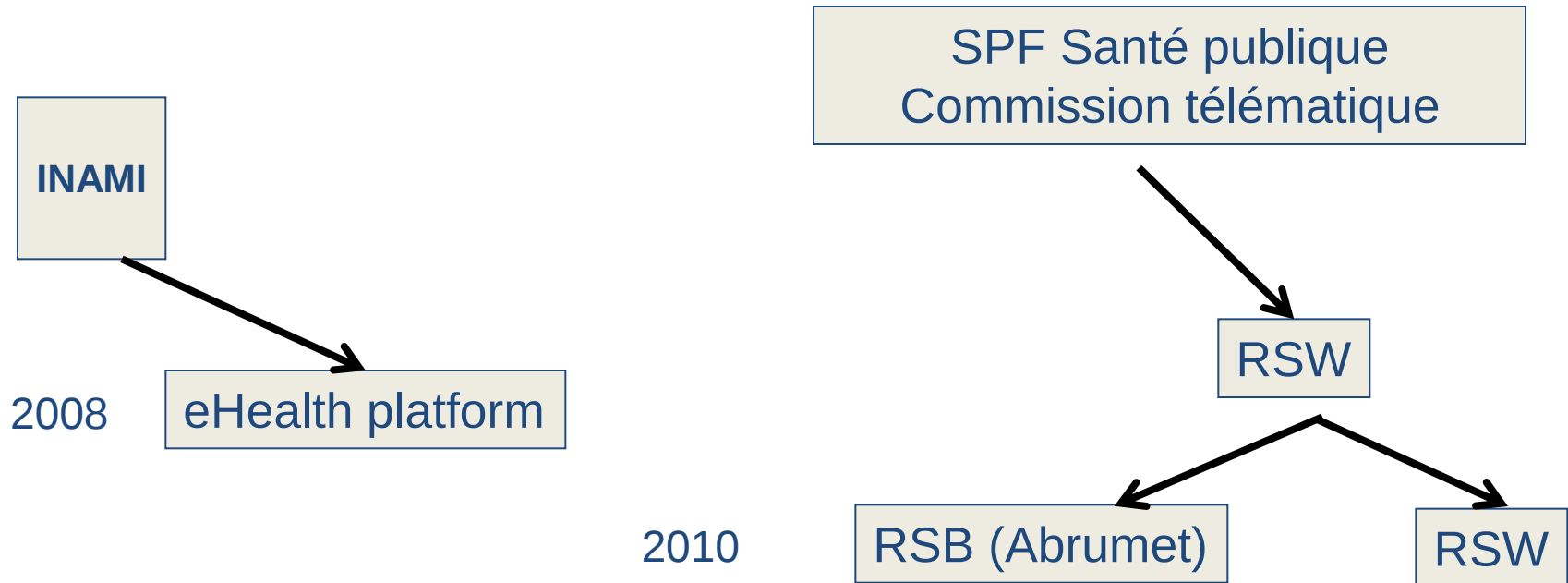
Quels sont les outils mis à votre disposition pour formaliser la communication?

1. Le téléphone !!
2. Le courrier de sortie
3. L'email éventuellement



*Dossier patient
partagé?*

Pour rappel



Résultats

III. Les outils informatiques

Etat des lieux de l'existant:

	H → M Gén
Logiciels	Différent /hôpital
Exemples:	Médi Mail Extranet ...
Avantages	Système de « flash » pour prévenir du passage du patient aux urgences. Canevas pour lettres de sortie Rapport rapide/clair/complet
Inconvénients	« compliqué » : démarches administratives / connaissances informatiques.

Résultats

III. Les outils informatiques

Etat des lieux de l'existant:

- ✓ Chaque MG utilise un logiciel différent
- ✓ Problème d'accès au domicile du patient « ... *quand on est de garde, on n'a plus rien ...* »
- ✓ Projet pilote avec les postes de garde de MG de la région de Namur et le RSW
 - ❖ accès aux données du patient, les vaccinations, traitement, souhaits de fin de vie, etc.
 - ❖ Un nombre minimum de MG remplissent les SUMEHR* et les postent sur la plateforme du RSW.
 - ❖ Ambition: donner accès aux hôpitaux.
- ✓ Les MG ont le poids central de l'archivage du courrier du patient (DMG) , « ... *mais sans aucune obligation légale qu'on nous renvoie tout ça...* »

*SUMEHR: **S**UMmarized **E**lectronic **H**ealth **R**ecord ou « **dossier santé résumé** »

Résultats

III. Les outils informatiques

Les freins à l'utilisation du dossier patient partagé existant sont assez identiques à ceux des logiciels de l'H:

- ✓ démarches administratives: « ...Il faut que le patient ait fait la demande à l'H ; qu'il l'ait spécifié au secrétariat avec un consentement et qu'il autorise l'H à donner accès à toutes ces infos-là mais du coup ça se fait trop peu en pratique... »
- ✓ formation à l'informatique: « c'est difficile à remplir ces trucs là, honnêtement »
- ✓ Certificat eHealth: procédure d'inscription, paramétrage,...
- ✓ Problèmes techniques de la plateforme.
- ✓ Homologation des logiciels des MG

Résultats

IV. Dream

Si on vous accorde le pouvoir de réaliser 3 souhaits en vue d'améliorer votre collaboration avec les SU, quels seraient ces souhaits?

Volet organisationnel	Volet relationnel
✓ « ... Uniformiser les logiciels, on parle tous le même langage... avec une grosse banque de données et des codes d'accès... »	✓ Se rencontrer/se connaître: « ... mettre un visage sur le nom, vu qu'on est amenés à travailler avec les mêmes H, connaître l'organisation du service... » ✓ réunions scientifiques ou informelles.
✓ Dossier patient partagé (informatisé) idéal ! ❖ « ça serait parfait, et ça pourrait servir de bonne base de données pour les études statistiques » ❖ Rapidité du transfert de l'information ❖ Remédie aux erreurs d'aiguillage au niveau du courrier ❖ MG impliqués dans la décision, non exclus du « pouvoir »	
✓ Une ligne téléphonique directe afin de joindre le médecin des urgences sans intermédiaire et sans délai	✓ Contact, appel téléphonique pour un retour, des pathologies graves, ...
✓ Une plus grande structure administrative pour que les rapports soient tapés plus vite, ou plus de temps aux urgentistes pour taper leurs rapports	
✓ Des sessions de formation à l'outil informatique	
✓ Retour systématique = obligation légale.	
Limitier les turn-overs des PG	

Discussion

- La communication orale est omniprésente dans un contexte de collaboration avec SU: sensibiliser, gagner du temps, RBP, comment peut-on intégrer ceci dans un logiciel? Système de flash est suffisant?
- Besoin de conseil/aide à la décision (j'appelle un SAMU?): algorithme ? réaliste?
- Les RAD à partir d'un SU de patient nécessitant un suivi par un MG (et multidisciplinaire).
- Plein de MG n'appellent pas parce qu'ils ont plusieurs refus, comment le MU aura des infos alors? Logiciel?
-



[J Hosp Med](#). 2015 May;10(5):307-10. doi: 10.1002/jhm.2336. Epub 2015 Mar 6.

We need to talk: Primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record.

[Sheu L](#)¹, [Fung K](#), [Mourad M](#), [Ranji S](#), [Wu E](#).

- ✓ notifications plus discharge summaries were adequate for safe transitions of care.
- ✓ complex hospitalizations necessitated additional communication via e-mail or telephone;
- ✓ the content most important in additional communication included medication changes, follow-up actions, and active medical issues.

Conclusions

- Revue systématique de la littérature « Etat des lieux de l'évaluation des outils TIC avec accès au dossier informatisé du patient »* montre:
 - ✓ des effets cliniques positifs pour les patients mais l'outil doit s'insérer dans une prise en charge plus globale
 - ✓ l'impact sur les professionnels est peu étudié.
- Pareil pour la communication/logiciel doit s'insérer dans une démarche/philosophie plus globale : CI
→ continuité des soins.
- Des FG doivent encore être organisés pour récolter les besoins / satisfactions/ expériences des MU
- Besoin du patient en termes d'apprentissage à l'informatique?

* Projet Health compass (Innoviris)2015– UCL- IRSS- Camille Moris

Merci pour votre attention