

**Organisation de la
pluridisciplinarité autour
du patient
Être interniste,
spécialiste ou généraliste**



Anne SIMON - SFLS – 30/10/2009

Conflits d'intérêt : laboratoires Gilead, BMS, Jansen-Cilag,

Pluridisciplinarité : cadre conceptuel

Pluridisciplinarité (multidisciplinarité, interdisciplinarité)

Euller-Ziegler et Ziegler (2001, France) décrivent la **multi-** ou **pluridisciplinarité** en Médecine quand plusieurs personnes d'origines et/ou de compétences différentes prennent en charge un même problème médical.

La prise en charge multidisciplinaire peut être effectuée par un groupe de médecins seuls : par exemple, le médecin généraliste fait appel à d'autres confrères spécialistes mais il peut s'agir d'un groupe plus étendu de professionnels de santé

Les patients, eux aussi, de plus en plus souvent appelés à représenter leurs intérêts par l'entremise d'associations, ont un rôle à jouer au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Pluridisciplinarité (multidisciplinarité, interdisciplinarité)

Euller-Ziegler et Ziegler parle de plusieurs types de multidisciplinarités *de la juxtaposition occasionnelle et informelle à l'organisation structurée interactive, plus ou moins spécialisée, intégrant ou non l'unité de lieu et de temps. Il ne s'agit pas d'une simple somme de compétences techniques mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources, les maîtres-mots restant complémentarité, synergie, coordination et évaluation* ».

Assal (1996), distingue le concept « d'interdisciplinarité » du concept de « multidisciplinarité », l'interdisciplinarité se distinguant par « *une plus grande interactivité, une véritable dynamique de groupe (nécessitant formation spécifique, supervision et travail d'entretien très régulier) ; elle s'applique tout particulièrement à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques* ».

Objectifs de la pluridisciplinarité

- Améliorer de manière continue la qualité des soins et leurs résultants (optimisation des ressources).
- Améliorer le degré de satisfaction des patients, faisant partie intégrante de l'équipe de professionnels (par exemple, implication du patient dans la réalisation de soins standardisés).
- Induire un bénéfice pour les professionnels de santé : amélioration du niveau de qualité des activités médicales et para-médicales, notamment en ce qui concerne le processus décisionnel qui favorise alors un bénéfice tant au niveau du vécu qu'au niveau des compétences

Pluridisciplinarité : cadre institutionnel

Pluridisciplinarité dans la loi HPST

Une organisation des soins optimisée pour les patients
par la garantie d'une offre de soins de qualité, en tenant compte
des spécificités et des capacités des établissements et des
professionnels
par l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, notamment
de premier recours
par la fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le
secteur médico-social

Des professionnels mieux formés, responsabilisés et reconnus
par la valorisation des équipes pour dynamiser la gestion
par l'amélioration des formations, initiale et continue, le
renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles,
l'incitation aux coopérations entre professionnels
par l'implication renforcée en matière **d'éducation thérapeutique**
du patient et de qualité des soins

Consensus formalisé (SPILF/SFLS) : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville

IV. Organisation de la prise en charge

20. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être multidisciplinaire et globale, intégrant les aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux. Elle doit de plus intégrer l'aspect de la promotion pour la santé. Ainsi :

- le médecin généraliste doit prendre en charge un patient infecté par le VIH en partenariat avec d'autres acteurs de soins,
- le patient peut choisir, en concertation avec son médecin, son mode de prise en charge, en ville ou à l'hôpital, en fonction de son mode de vie, de son histoire personnelle et des offres de soins,
- les médecins généralistes et les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent connaître les associations et leurs activités sur le territoire d'exercice tant dans les structures de soins, de prise en charge médico-sociale, qu'en ville,
- Les patients suivis dans un centre hospitalier de référence pour leur infection par le VIH bénéficieront d'une meilleure qualité de soins, si leur prise en charge est faite en collaboration avec un médecin généraliste.

21. La prise en charge d'un patient vivant avec le VIH peut être effectuée par un médecin de ville impliqué dans la prise en charge des patients VIH, en collaboration avec les structures hospitalières, dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

22. Les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent pouvoir mettre à disposition de leur patientèle vivant avec le VIH une information sur les associations (coordonnées associatives, brochures et publications, actions).

Consensus formalisé (SPILF/SFLS) : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville

Les missions de soins de santé primaires relevant de la compétence des médecins généralistes et ponctuellement des spécialistes d'organe.

Dans ce cadre, les médecins se chargent de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), du dépistage du VIH, de l'annonce du diagnostic et de l'orientation vers un spécialiste.

En cas de traitement antirétroviral, ils s'assurent de l'observance du patient et détectent les effets indésirables graves. Ils sauront apprécier la nécessité de mise en oeuvre d'un traitement post-exposition sexuelle ou sanguine, et diriger le patient sans délai vers un médecin référent.

Les missions « avancées » qui sont de la compétence de l'infectiologue, de l'interniste ou de certains spécialistes d'organe ainsi que des médecins généralistes désireux de s'investir plus particulièrement dans la prise en charge de ces patients. Ces praticiens sont désignés par le terme de « médecins de ville ».

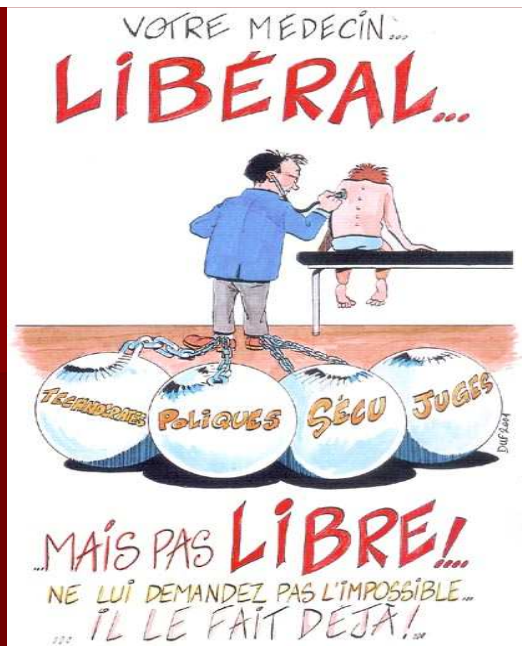
Ce groupe se charge en plus des missions de soins de santé primaires, de missions « avancées » en fonction de l'implication personnelle de chacun. Ainsi le « médecin de ville » évalue avec le patient les différentes options thérapeutiques puis il en assure la surveillance régulière en lien avec l'équipe spécialisée. Selon le consensus, le « médecin de ville » qui assure une vacation à l'hôpital dans un service spécialisé dans la prise en charge des patients VIH ou qui participe régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire devrait pouvoir effectuer une primo-prescription d'antirétroviraux à son cabinet de ville ou, si besoin, modifier un traitement déjà instauré.

Pluridisciplinarité : les COREVIH

- objectifs de favoriser la continuité des soins en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extra-hospitalier ainsi que l'implication des associations de malades et d'usagers du système de santé
- Missions de favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation à la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médicosociale ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé

Pluridisciplinarité : cadre médical

L'interniste



Le généraliste

Le spécialiste



Le patient



Être interniste

Les défis de la pluridisciplinarité de cet Hospitalier : Continuité des soins

Prise en charge de patients de plus en plus complexes et chroniques demandant des compétences de plus en plus pointues qu'un praticien seul ne peut pas prétendre connaître

Nécessité d'adopter une vision globale pour éviter la compartimentation des activités, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires du puzzle, regrouper les ressources et les expertises requises

Importance des échanges avec des spécialistes médicaux et para-médicaux mais aussi sociaux et associatifs pour une meilleure connaissance et une approche globale du fonctionnement du patient

Être interniste

La mise en place de la pluridisciplinarité

Mise en place de réunions de concertation, staffs multidisciplinaires à l'hôpital, réunion d'équipe

Approche « ambulatoire » du patient dans sa réalité quotidienne avec échanges et partage d'informations avec les médecins généralistes, spécialistes, acteurs de santé exerçant en ville dans le cadre de réseaux de soins, du corevih ?

Être spécialiste

Les défis de la pluridisciplinarité :
optimisation des traitements

Mission de soins avancés

Optimisation de la prise de décision pour les
traitements

Meilleure connaissance de la place de chacun
dans les traitements complexes

Travail avec d'autres professionnels de santé ou
associatifs

Être spécialiste

La mise en place de la pluridisciplinarité

Réseaux de professionnels autour de pathologies (réseau Alzheimer, VIH)

Réunion de concertation (RCP dans la prise en charge des cancers)

Être généraliste

Les défis de la pluridisciplinarité : coordination des soins

Mesurer combien la prise en charge des très nombreuses affections chroniques s'appuiera à l'avenir sur des médecins généralistes qui auront à coordonner des réseaux pluridisciplinaires, des parcours de soins.

contribuer en pluridisciplinarité aux actions préventives et d'éducation à la santé qui doivent obligatoirement trouver un développement majeur dans les prochaines décades.

Être généraliste

La mise en place de la pluridisciplinarité

Les réseaux ville-hôpital : solution proposée dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, atteints de cancer, diabète

Les maisons de santé qui assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à les actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales

D'autres concepts de prise en charge ?

Pluridisciplinarité : adaptation aux besoins des patients

- Prise en charge des besoins du patient en terme de recours aux soins

perceptions et réponses comportementales différentes en fonction de ses connaissances, son environnement psycho-socio-économique, de l'expérience de la maladie, de l'importance accordée aux symptômes, de sa relation avec le médecin (colloque médecin-malade) et l'équipe soignante.

- Patient « précaire » ne connaissant pas les filières de soins très « attaché » à la prise en charge hospitalière
- Patient connaissant le système et ayant recours à plusieurs facettes de l'offre de soins
- Patient à l'aise uniquement dans un réseau extrahospitalier

Pluridisciplinarité : les pré-requis

- un langage clair, précis, commun et donc un **dossier unique et partagé**: CRO complet avec données nécessaires aux divers partenaires
- Une confiance entre les partenaires
- Un consensus sur l'amélioration de la qualité des soins et des compétences
- Le respect des règles éthiques et déontologiques (respect de l'autonomie et de la confidentialité, devoir d'information, consentement du patient, etc).

Pluridisciplinarité : les difficultés

- Difficultés liées à la mise en place d'une démarche innovante exigeant des efforts particuliers de réflexion, d'organisation, d'implémentation, etc.
- Résistance aux changements mais également la persistance d'une culture "individualiste" des professionnels de la santé, l'existence de points de vue mais également d'objectifs différents suivant son appartenance professionnelle, etc.
- Confusion entre les missions des différents membres de l'équipe, liées parfois à l'existence de zone de chevauchement et/ou au manque de stabilité au sein de l'équipe.
- Manque de ressources humaines mais également l'insuffisance de moyens financiers.

L'état des lieux pour les patients infectés par le VIH

- Les réseaux ville-hôpital formalisés : beaucoup d'appelés peu d'élus dans la prise en charge des patients VIH

Les réseaux ville-hospital VIH ont été historiquement les premiers à développer la prise en charge en réseau. Ces réseaux ont depuis évolué pour certains avec élargissement à d'autres pathologies. Les modes de financement sont variés, la majorité restant financés par l'Etat et certains ayant « basculé » pour tout ou partie dans la dotation régionale des réseaux. La structuration des réseaux et leur profil d'activité, sont hétérogènes.

L'état des lieux dans les COREVIH

Enquête SFLS sur 18 COREVIH (P. Philibert, B. Klein)

4 ont un groupe de travail propre à la médecine de ville

14 ont un ou plusieurs réseaux ville-hôpital

14 ont des formations réunissant médecins hospitaliers et médecins de ville

10 ont un dossier informatisé dont 3 seulement servent dans les échanges.

11 connaissent le consensus SPILF/SFLS sur la recommandation de la prise en charge du VIH en médecine de ville dont 8 l'ont relayé vers les médecins de ville

Conclusion

- Nécessité de développer... maintenir une pluridisciplinarité dans le cadre de la prise en charge d'un patient infecté par le VIH
 - Continuité des soins
 - Optimisation des traitements
 - Coordination des soins et des professionnels
- Nécessité de trouver des approches innovantes en terme de pluridisciplinarité pour les rendre attractives pour les usagers et les professionnels et les associations
- Nécessité d'évaluer les pratiques