

Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins.

La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé

The general practitioner at the center of the care path.

Coordination of the primary care pathway: The example of pluri-professional health centers

P. De Haas

Président, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

Résumé

Les soins primaires sont profondément concernés et impactés par le développement des maladies chroniques, en particulier, diabètes, maladies cardiovasculaires, troubles cognitifs, situations médico-sociales complexes. Ceci nécessite de structurer un parcours de soins et l'organisation en maisons et pôles de santé qui peuvent mieux répondre aux besoins de cette nouvelle ère médicale.

Mots-clés : Soins primaires – maladies chroniques – diabète – coordination des soins – parcours de soins – maisons de santé – pôles de santé.

Summary

Primary care is deeply concerned and impacted by the development of chronic diseases especially diabetes, cardiovascular diseases, cognitive disorders, other complex medico-social situations. This requires structuring a better care path and organizing into health clusters or pluri-professional health centers that can better meet the needs of this new medical era.

Key-words: Primary care – chronic diseases – diabetes – care coordination – care pathway – health clusters – pluri-professional health centers.

Introduction

- L'exercice des soins primaires est en profonde évolution. Particulièrement autour du suivi des patients porteurs de pathologies chroniques. L'augmentation du nombre de consultations et autres demandes de soins liés à des diabètes, des affections cardiovasculaires, des troubles cognitifs, des situations médico-sociales complexes, et autres cas difficiles, pousse les professionnels à s'organiser autrement. Car il devient très difficile de proposer à un patient porteur d'une ou plusieurs pathologies chroniques, des suivis entre professionnels sans coordination régulière, sans

échange sur les situations, et sans concertation sur les décisions. Pour un patient, quoi de plus pénible que d'avoir accès successivement à plusieurs professionnels qui donneraient des messages contradictoires ?

- Cette nécessité a poussé de nombreux professionnels de santé des soins primaires à s'organiser différemment, pour mieux répondre aux enjeux d'une meilleure prise en charge des patients. Organisation différente qui s'éloigne d'un exercice en solo, ou entre même catégorie professionnelle, pour aller vers des modes d'exercice en équipe pluri-professionnelle coordonnée. Ils choisissent, le plus souvent, un cadre

Correspondance

Pierre De Haas

Maison de Santé pluriprofessionnelle
16, rue du 1^{er} septembre 1944
01160 Pont d'Ain
pierre.de-haas@ffmps.fr

intitulé « maison de santé pluriprofessionnelle », dont l'acronyme MSP est devenu courant.

Ces équipes regroupent des professionnels de santé des soins primaires sur un territoire. Elles se créent sur des motivations différentes, selon leur degré de maturité. C'est souvent, en priorité, pour un objectif de meilleure organisation de leur travail et de leur vie privée. Puis, avec le temps, l'objectif évolue vers des projets de santé publique en direction de la population du territoire, décrit dans un « projet de santé ». D'une dizaine d'équipes en 2006, ce sont plus de 1 000 équipes qui sont reconnues par les Agences régionales de santé (ARS) en mars 2016, selon l'Observatoire des maisons et pôles de santé (MSP) de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). L'intérêt des professionnels se poursuit pour cette forme d'exercice, et les 20 % de professionnels exerçant en équipes de soins primaires seront bientôt atteints. Dans certains départements, ce seront un tiers des professionnels de santé qui exerceront de cette manière avant la fin 2016.

La constitution de l'équipe et le développement du travail coordonné autour de patients en situation complexe

- Lors de la création d'une équipe de soins primaires, il existe souvent un temps d'observation entre les différentes catégories professionnelles. Il est nécessaire de trouver des méthodes originales d'animation d'équipe, pour passer outre les représentations réciproques et les sentiments de hiérarchie. Une fois trouvée la façon de travailler ensemble et de s'écouter, les services proposés aux patients peuvent se diversifier, et l'équipe peut assurer une meilleure qualité des soins grâce aux échanges entre les professionnels autour des cas pris en suivi. Nous dirons que l'équipe est « mature ». Les professionnels peuvent alors se centrer sur l'objet essentiel de leur pratique coordonnée : les patients porteurs de pathologies chroniques et en situation complexe. La complexité des situations peut relever du domaine

sanitaire, psychosocial, socio-environnemental, voire des trois. Si les patients en situation complexe représentent 10 à 15 % d'une patientèle de médecin généraliste, ils nécessitent beaucoup de temps de soins et de coordination interprofessionnelle. L'objectif de cette coordination est d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des hospitalisations. Le fait de travailler en équipe mature permet, non seulement de repérer les patients en situation difficile ou complexe, mais de déclencher un renforcement des soins auprès du patient dans une nouvelle dynamique de coordination. Plusieurs modèles existent, comme, par exemple, celui du « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), ou encore celui de l'« Équipe de soins de premiers recours en suivi de cas complexe » (ESPREC) [1], qui réunit médecin, pharmacien, et infirmière du patient, pour établir un Plan personnalisé de soins (PPS) en équipe. À ce trio, peuvent s'adjoindre d'autres professionnels, voire l'assistante sociale. C'est un parcours de soins en soins primaires.

- Cette modification de la méthode de travail modifie les habitudes et les usages des professionnels. Cette pratique d'équipe nécessite d'aller plus loin que le seul acte, ou que le seul colloque singulier. Par la complémentarité des savoirs, des compétences, et des expériences, elle améliore les capacités d'analyse des situations complexes de certains patients.

- Cette activité en équipe est stimulante du fait des échanges pluriprofessionnels. Elle pousse à améliorer l'organisation du suivi des patients, et aussi à échanger sur la qualité des soins dans le parcours. La question de l'entrée dans le parcours de soins est tout particulièrement traitée par ces équipes, donnant lieu à des réponses pluriprofessionnelles.

- Par exemple : que faire face à un nouveau patient diabétique après diagnostic et annonce par le médecin ? La solution passera sans doute par une prescription de séances de soins infirmiers pour un entretien d'analyse de la compréhension du patient de sa pathologie, de sa motivation à se soigner et, si nécessaire, de séances d'éducation thérapeutique. La diététicienne sera mise à contribution.

- Autre exemple : que faire pour un patient chez qui on a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique au décours de son diabète ? Outre la référence au néphrologue pour avis, la solution passera sans doute par un dialogue avec le pharmacien sur les différents aspects du traitement, et une orientation pour un suivi partagé avec l'infirmière et la diététicienne. Tout ceci, bien entendu, sous réserve d'accord du patient.

- Plus loin encore, des équipes proposent des consultations en équipe à certains de leurs patients, qui peuvent ainsi rencontrer – dans un même temps – leur médecin, infirmière, et d'autres professionnels selon les circonstances. Les patients peuvent ainsi participer à la discussion et aux décisions.

Un dossier électronique du patient et un partage des données par les professionnels

- Pour assurer une bonne coordination, et donc la qualité du parcours de santé du patient, il est nécessaire que les professionnels de santé des soins primaires utilisent le même dossier électronique du patient. Le changement culturel sur ce point devient une exigence pour avancer dans une démarche qualité. Les formations universitaires de ces professionnels ne les préparent pas à l'utilisation des systèmes d'information. La plupart d'entre eux utilisent des logiciels métiers pour des prises de note en consultation, ou pour la facturation de soins. Le passage d'un logiciel métier à un dossier électronique du patient partagé est un enjeu de la modernisation et de la démarche qualité de l'offre de soins primaires. L'enrichissement du dossier patient à partir d'indicateurs est la condition de la production de données. Ces données sont utiles pour permettre un audit sur ses pratiques à l'équipe de soins. Pour avancer sur le dossier des systèmes d'information, la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ont travaillé avec l'Agence des systèmes d'information partagés de santé

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656755>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656755>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)