

Retrouver le bon sens

Référence

Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19:14. DOI: 10.1186/s12875-017-0678-1

Analyse de

Jan De Lepeleire, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven et UPC KU Leuven

Question clinique

Comment améliorer la collaboration et la communication entre le personnel infirmier et les médecins généralistes dans les structures d'hébergement et de soins ?

Contexte

L'Allemagne dispose de peu de données concernant la collaboration entre le personnel infirmier et les médecins généralistes dans les structures d'hébergement et de soins. Il est connu qu'une meilleure collaboration interprofessionnelle peut considérablement améliorer la qualité de la prise en charge de ce groupe très vulnérable (1,2). En Allemagne, tout comme chez nous, de nombreux médecins généralistes différents font des visites dans les structures d'hébergement et de soins et délèguent des tâches au personnel infirmier. Une étude d'observation montre l'insuffisance de la prise en charge médicale des résidents des maisons de repos, insuffisance due au fait que les dossiers ne sont pas convenablement documentés, que les médicaments sont trop peu ou trop utilisés (en particulier les médicaments psychotropes) et que la communication interprofessionnelle n'est pas optimale (3).

Résumé

Population étudiée

- inclusion de 18 structures d'hébergement et de soins avec moins de 40 à plus de 200 résidents dans 4 régions d'Allemagne ; inclusion de résidents âgés de plus de 65 ans qui séjournent dans l'établissement depuis au moins 3 mois
- exclusion des résidents présentant de sévères limitations cognitives ou physiques.

Conception de l'étude

- première étape : entretiens guidés ouverts en face à face avec 30 médecins généralistes, 18 membres du personnel infirmier, 25 résidents de maisons de repos et 27 membres des familles ; réalisés par une équipe de recherche interprofessionnelle ; complétés avec des observations faites à l'occasion de 5 visites effectuées par des médecins généralistes ; conçus et analysés suivant la *grounded theory* (encore appelée théorie enracinée, théorie ancrée ou théorie de la base)
- deuxième étape : 3 **focus groupes** totalisant 34 médecins généralistes et 34 membres du personnel infirmier ont discuté de propositions pour améliorer la collaboration et la communication ; les discussions ont été analysées au moyen d'une cartographie mentale (*mind mapping*)
- troisième étape : au cours d'un atelier multidisciplinaire d'une durée d'une journée, les résultats des focus groupes ont servi de base à une discussion sur des dispositions visant l'amélioration de la collaboration et de la communication, et des stratégies pour le recrutement et la mise en œuvre ont été développées ; analyse au moyen d'une cartographie mentale (*mind mapping*)
- quatrième étape : l'équipe de recherche interprofessionnelle a sélectionné les dispositions à appliquer

- cinquième étape : la faisabilité des dispositions sélectionnées a été examinée chez les médecins généralistes et le personnel infirmier dans 4 structures d'hébergement et de soins.

Résultats

- 6 dispositions qui, à court terme (3 mois), pouvaient avoir une influence positive sur la collaboration et la communication interprofessionnelles ont été sélectionnées lors de la quatrième étape :
 - des réunions de concertation avec le médecin généraliste, un membre du personnel infirmier, le résident et éventuellement un membre de la famille pour déterminer des objectifs communs à long terme ayant trait à la mobilité, l'alimentation, l'intégration sociale et des thèmes médicaux individuels
 - une personne de contact centrale dans la structure d'hébergement et de soins (membre du personnel infirmier qui est tenu au courant de la situation de tous les résidents) et une dans la pratique de médecine générale (assistant qui établit les priorités parmi les questions de la structures d'hébergement et de soins en fonction de l'importance et de l'urgence) qui communiquent l'une avec l'autre en colloque singulier ou par téléphone
 - un document standardisé dans le dossier infirmier indiquant les médicaments que le résident est autorisé à recevoir au besoin (ordre permanent) et les paramètres à examiner avant d'appeler le médecin
 - l'utilisation de badges nominatifs pour le membre du personnel infirmier et le médecin généraliste qui sont les personnes de contact centrales
 - une plus grande facilité à contacter, par téléphone ou par fax, l'infirmière de contact centrale et à contacter le médecin généraliste éventuellement aussi au moyen d'un numéro de GSM
 - un planning harmonisé et des procédures harmonisées pour les visites à la maison de repos : le médecin généraliste annonce sa visite deux jours à l'avance, ce qui permet à l'infirmière de contact centrale d'établir suffisamment à l'avance les priorités parmi les questions des résidents et du personnel infirmier ; lorsqu'il arrive, le médecin généraliste contacte l'infirmière de contact centrale, et tous deux passent en revue les questions et vont voir les résidents ; après la visite, le médecin généraliste remplit le dossier infirmier et informe l'infirmière de contact centrale
- dans la cinquième étape, les médecins généralistes et les membres du personnel infirmier ont signalé que l'expérience était positive après l'application de ces dispositions (facilité d'application, bien acceptées, nette amélioration de la communication et de la collaboration), sauf avec la mesure « une seule personne de contact centrale ».

Conclusion des auteurs

Les auteurs de cette étude qualitative ont pu, à partir de la perspective des acteurs dans 18 structures d'hébergement et de soins, développer six mesures susceptibles d'améliorer la collaboration et la communication. Cinq mesures ont été jugées positives dans une étude pilote exploratoire. Elles pourraient être facilement mises en œuvre dans la pratique quotidienne d'autres structures d'hébergement et de soins. L'impact de ces mesures sur les critères de jugement orientés sur les patients devrait encore faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Financement de l'étude

Ministère fédéral allemand de l'éducation et de la recherche (FK 01GY1124)

Conflits d'intérêts des auteurs

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Cette étude n'est pas partie de questions de recherche préalablement formulées avec précision. Une équipe de recherche interprofessionnelle développe progressivement et de bas en haut des mesures pour améliorer la communication et la collaboration dans les structures d'hébergement et de soins. Le choix de cette méthode de recherche selon la « *grounded theory* » aide à combler le fossé entre la théorie et la pratique en tenant compte de l'expérience réelle, des besoins et des attentes des différents acteurs. Il est toutefois regrettable que des professionnels de santé comme les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes n'aient pas été impliqués dans l'étude. Les différentes méthodes de recherche et d'analyse couplées les unes aux autres ont été très bien décrites dans l'article, et elles ont en général été bien appliquées (4). Dans une première étape, des entretiens ont été menés auprès des résidents, de leur famille, du personnel infirmier et des médecins généralistes, en complétant avec un nombre relativement limité d'observations faites lors des visites effectuées par les médecins généralistes. On ne sait pas si la **saturation** a été atteinte. L'analyse des entretiens a été effectuée avec codage ouvert (*open coding*) par des binômes fixes issus de différents milieux professionnels. L'analyse de la discussion dans les focus groupes et dans l'atelier multidisciplinaire a été effectuée à l'aide d'une cartographie mentale (*mind mapping*), qui est une technique très commode pour ordonner des données complexes. On ignore à partir de quels critères l'équipe de recherche a sélectionné les dispositions à mettre en œuvre. Un **biais** est toutefois peu probable car toutes les dispositions ont été considérées comme étant de même importance. Le nombre de structures d'hébergement et de soins et le nombre de membres du personnel infirmier, de médecins généralistes et (surtout) de résidents dans la dernière étape étaient trop petits pour permettre de tirer des conclusions fiables sur ces dispositions quant à leur utilité et quant aux résistances. Les auteurs indiquent qu'ils vont débiter une recherche pour mesurer l'impact des dispositions prises.

Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude qualitative peuvent être extrapolés à notre contexte de soins parce que l'organisation des soins médicaux en Belgique est comparable à celle en Allemagne. Nous pouvons toutefois nous poser la question de savoir s'il était utile de mener une étude d'une durée de trois ans. Les dispositions proposées pourraient s'inspirer d'un règlement d'ordre intérieur existant d'une structure d'hébergement et de soins flamande. Il s'agirait plutôt de simple bon sens et de règles élémentaires de courtoisie : se présenter (il n'est alors pas nécessaire de porter un badge), visiter les résidents à des heures décentes (ce qui est déjà un peu plus difficile à respecter), prescrire des médicaments de réserve « en cas de besoin » et fixer à l'avance une concertation au sujet des objectifs de soins du résident concerné. Pour ce qui est de la concertation sur les soins, nous savons, grâce à une autre étude, qu'il est très difficile de formuler des objectifs parce que c'est un exercice très abstrait (5-9). Chez nous aussi, ce processus interprofessionnel se voit accorder de plus en plus d'attention. Le manuel « IPSIG » est très utile (10). Les mesures qui ont été développées sont focalisées sur la « communication ». La communication est naturellement très importante, et c'est le point de départ de la collaboration, mais il est rare qu'il en découle une forte coordination ou une intégration. Une recherche menée en Wallonie a montré que, comme on le sait déjà par ailleurs depuis longtemps, l'ignorance conduit au rejet ; par contre, lorsque les personnes se connaissent, la collaboration est beaucoup plus efficace (11). Cette recherche aurait peut-être pu être remplacée par le bon sens.

Conclusion de Minerva

Cette étude qualitative progressive aboutit à de simples dispositions faciles à mettre en œuvre qui peuvent contribuer à l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les membres du personnel infirmier de structures d'hébergement et de soins. L'impact de ces dispositions sur la qualité de la prise en charge des résidents des maisons de repos doit encore être examiné plus en détail.

Pour la pratique

Dans la pratique quotidienne en Flandre, un grand pas en avant a été fait dans la coordination des soins médicaux dans les structures d'hébergement et de soins grâce à l'introduction de la fonction de médecin conseiller coordinateur (MCC). Un certain nombre de mesures issues de l'étude décrite ci-dessus ont été implicitement reprises dans l'Arrêté du Gouvernement flamand qui sera prochainement publié.

Références

1. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 6.
DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
2. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:471-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.02.005
3. Balzer K, Butz S, Bentzel J, et al. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technol Assess* 2013;9:Doc02. DOI: 10.3205/hta000108
4. Poelman T. À quels critères une étude qualitative doit-elle répondre ? *MinervaF* 2015;14(2):24.
5. Chevalier P. Discuter et fixer des objectifs thérapeutiques pour prendre en charge des personnes fort âgées souffrant de démence avancée. *MinervaF* 2017;16(9):222-5.
6. Hanson LC, Zimmerman S, Song MK, et al. Effect of the goals of care intervention for advanced dementia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177:24-31.
DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7031
7. Boeckxstaens P. Planification de soins personnalisés en cas de maladie chronique ? *MinervaF* 2015;14(10):124-5.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3.
DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
9. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbidité : d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs ». [Editorial] *MinervaF* 2013;12(4):40.
10. Tsakitidis G, Van Royen P. *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Wommelgem: De Boeck, 2017.
11. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *J Multidiscip Healthc* 2012;5:17-25.
DOI: 10.2147/JMDH.S27617