

Interprofessionnalité et physiothérapie : collaborer au service des patients

Interprofessional Care and Physiotherapy: a Benefit for Patients

LEOPOLDO LUCARELLI (PT)¹, GUILLAUME ROULET (PT, MAS)², SERGE GALLANT (MSc)³, ANNE-CLAUDE ALLIN-PFISTER (MSc)⁴, NADINE OBERHAUSER (MSc)⁵, DAVID GACHOUD (MD)⁶

1. Département de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Physiothérapeute, Praticien Formateur
2. Département de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Physiothérapeute chef de service
3. Centre des formations, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Directeur du centre de formation
4. Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne, Doyenne de la formation et directrice adjointe de missions HES
5. Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Lausanne, Doyenne de la filière sages-femmes
6. Unité pédagogique de la faculté de biologie et de médecine (Unil), Service de médecine interne CHUV, Lausanne, Médecin associé

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Keywords

Interprofessional care, collaborative practice, physiotherapy, physical therapy, interprofessional education

Introduction: with the growing complexity in patient management, a response can be provided by health professionals – and therefore physiotherapists – by demonstrating interprofessional collaboration skills. Safety and effectiveness indicators show a correlation between quality of care and quality of collaboration, notably acquired through training by interprofessional education.

Aims: to stimulate the physiotherapist's questioning pertaining to his collaborative practice.

Mots clés

Interprofessionnalité, pratique collaborative, physiothérapie, éducation interprofessionnelle

Introduction: face au constat de la complexification dans la prise en charge des patients, une réponse peut être apportée par les professionnels de la santé - et donc des physiothérapeutes - en démontrant des compétences de collaboration interprofessionnelle. Des indicateurs de sécurité et d'efficacité montrent une corrélation entre qualité des soins et qualité de collaboration, acquises notamment par la formation : l'éducation interprofessionnelle.

Objectifs: susciter le questionnement du physiothérapeute quant à sa pratique de collaboration.

To propose an interprofessional model for collaborative practice.

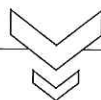
Development: while clinical situations might not all require interprofessional care, there is benefit in integrating physiotherapists into interprofessional teams. Physiotherapists are an integral part of teams in hospitals, out-patient care or at home. They are also integrated in primary health care teams, in palliative care or spiritual situations. Effective interprofessional care also occurs at the patient's home. The Lausanne model is proposed as a guide for caregivers and decision makers wishing to establish interprofessional structures to organize a complex environment into a coherent one, in order to understand certain component elements and their relationships.

Conclusion: interprofessional collaboration, which includes physiotherapists, can be implemented for patient care programs and is not limited to the university context. The Lausanne model illustrates elements for consideration when interprofessional projects are contemplated.

Proposer un modèle d'interprofessionnalité pour le travail de collaboration.

Développement: bien que toutes les situations cliniques ne nécessitent pas une prise en charge en interprofessionnalité, l'intégration des physiothérapeutes dans des équipes interprofessionnelles apporterait une réelle plus-value. Les physiothérapeutes font partie intégrante d'équipes en milieu hospitaliers, en soins ambulatoires ou à domicile. Ils font aussi partie d'équipes interprofessionnelles dans des centres de premiers recours, dans des situations palliatives ou spirituelles. Des soins interprofessionnels efficaces ont également lieu aux domiciles des patients. Aux soignants et aux décideurs qui souhaitent mettre en place des structures interprofessionnelles, le modèle de Lausanne est proposé comme guide permettant d'organiser un environnement complexe en un ensemble cohérent afin d'y saisir certains éléments constitutifs et leurs relations.

Conclusion: l'interprofessionnalité peut être implémentée à des programmes de prise en charge de patients. Elle ne se limite pas au contexte universitaire mais concerne également les physiothérapeutes. Le modèle de Lausanne illustre des éléments à considérer lorsque des projets interprofessionnels sont envisagés.



1. Introduction

Notre système de santé est marqué aujourd'hui par de grandes tendances qui posent des défis à toutes les parties prenantes : patients et communauté au sens large, professionnels de la santé, politiques et managers des institutions de soins, sans oublier les assureurs. Chaque acteur doit faire face aux enjeux du vieillissement de la population, de la polymorbidité croissante et du développement exponentiel des connaissances biomédicales⁽¹⁾. Le besoin d'efficience, dans un contexte de constante augmentation des coûts, oriente le système de soins vers toujours plus d'ambulatoire et moins de stationnaire.

Pour répondre aux besoins des patients dans cet environnement complexe, il faut que les professionnels de la santé travaillent efficacement ensemble. En d'autres termes, ces professionnels doivent pouvoir aujourd'hui démontrer, au-delà de leurs « compétences métier », de réelles compétences de collaboration⁽²⁾.

Cet article a comme premier objectif de susciter le questionnement du physiothérapeute par rapport à sa pratique de collaborative, en s'interrogeant sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de soins et particulièrement en soins impliquant de la physiothérapie. Le deuxième objectif consiste à proposer un modèle d'interprofessionnalité aux physiothérapeutes désireux d'approfondir le travail en collaboration avec d'autres professionnels : le modèle de Lausanne⁽³⁾. Ce dernier a fait l'objet d'un ouvrage dont cet article reprend les éléments-clés.

2. Développement

2.1 Collaboration et qualité des soins

Une riche littérature scientifique a pu démontrer une corrélation entre la qualité des soins aux patients et celle de la collaboration dans les milieux cliniques⁽⁴⁻⁹⁾. Dans ces études, l'amélioration de la qualité des soins est révélée par différents indicateurs tels que :

- La sécurité des soins⁽⁴⁾, comme par exemple une réduction des erreurs peropératoires⁽⁷⁾, une réduction des complications et de la mortalité post-opératoires⁽⁵⁾ et une réduction de la mortalité après un séjour en gériatrie⁽⁸⁾.
- Des soins plus efficaces, comme par exemple un meilleur contrôle de la douleur post-opératoire ou une réduction de la durée d'hospitalisation après opération orthopédique élective⁽⁶⁾.

Cette amélioration de la qualité des soins s'observe également dans les soins ambulatoires, en termes d'efficacité et de capacité à apporter des solutions innovantes⁽⁹⁾.

Enfin, les patients ne sont pas les seuls à bénéficier d'une collaboration de qualité puisque les professionnels eux-mêmes trouvent davantage de satisfaction sur leur lieu de travail, un élément favorisant le recrutement mais aussi la rétention des professionnels⁽²⁾, élément important à l'heure où l'on prédit une pénurie dans certaines professions de la santé.

2.2 Education interprofessionnelle et pratique collaborative

Si les effets d'une collaboration de qualité sur les soins aux patients semblent avérés, il s'agit d'examiner l'évidence derrière l'argument suivant: une collaboration de meilleure qualité entre professionnels s'obtient notamment par une formation adéquate, appelée « éducation interprofessionnelle ».

Une revue *Cochrane* a précisément voulu évaluer l'efficacité de l'éducation interprofessionnelle, avec l'exigence d'inclure des travaux aux designs stricts⁽¹⁰⁾. Seules sont incluses des études randomisées contrôlées, des études avec contrôle pré-post et des séries chronologiques interrompues. L'autre exigence majeure de cette revue est l'analyse de résultats dits cliniques (santé du patient et/ou qualité des soins). En 2013, 15 études remplissaient les critères de sélection *Cochrane*⁽¹⁰⁾; sept études sur 15 avaient un impact positif. Quatre avaient un impact positif seulement sur certaines mesures et quatre n'avaient pas d'efficacité mesurable. Plus concrètement, les études de cette revue *Cochrane* ont démontré les impacts positifs suivants: réduction du nombre d'erreurs dans un service d'urgences, amélioration de la prise en charge du diabète illustrée par un meilleur contrôle glycémique, meilleur échange d'informations au sein d'équipes du bloc opératoire, meilleure adhérence aux protocoles en situation de violence domestique ou de prévention du suicide et meilleures compétences cliniques dans la prise en charge du patient psychiatrique. Selon les auteurs de cette revue, il est toutefois difficile de tirer des conclusions claires sur les caractéristiques des formations qui sont couronnées de succès.

Une revue de la série Best Evidence in Medical Education (BEME) prenant en compte 25 études récentes répondant à des critères de sélection tout aussi stricts que *Cochrane* vient compléter ces données⁽¹¹⁾. Les résultats montrent un bon niveau de satisfaction des apprenants lors de séquences d'éducation interprofessionnelle, une amélioration des attitudes et perceptions envers les autres professionnels et une augmentation des connaissances et des habiletés liées à la pratique collaborative. Par contre, il existe relativement peu de résultats démontrant une amélioration des comportements de collaboration, des changements organisationnels et des impacts positifs sur les patients.

A côté des études cherchant à mesurer des résultats cliniques^(10, 11), il faut mentionner que de nombreux travaux ont utilisé des mesures plus directes de l'effet d'une formation interprofessionnelle. Ces mesures se basent souvent sur des questionnaires validés auto-administrés, par exemple avant et après la formation. Ces questionnaires permettent l'évaluation, par les participants, de leur propre capacité à collaborer ou de leur attitude à l'égard des autres professionnels. L'efficacité mesurée de cette façon-là est beaucoup plus aisée à démontrer⁽¹²⁾. Ainsi, il est possible d'affirmer que l'éducation interprofessionnelle:

- Permet aux participants de mieux comprendre les rôles et responsabilités des autres professionnels

- Permet aux participants d'améliorer leurs aptitudes à collaborer et à communiquer
- Influence positivement la façon dont les participants perçoivent les autres professionnels
- Influence positivement l'attitude des participants à l'égard de la collaboration interprofessionnelle

Au regard des éléments mentionnés ci-dessus, il semble évident de devoir poursuivre les efforts dans la mise en place de formations interprofessionnelles de qualité. Parallèlement, il faut viser à mesurer les impacts de ces formations pour (a) élargir la base de nos connaissances de ce domaine et (b) promouvoir une amélioration continue des dispositifs pédagogiques.

2.3 Le modèle de Lausanne

Face à la nécessité de préparer adéquatement les professionnels de la santé et soucieuses de soutenir le développement de l'éducation interprofessionnelle, les institutions lausannoises formatrices des professionnels de la santé ont fondé, en 2010, le GEPI (Groupe interinstitutionnel pour l'Education et la Pratique Interprofessionnelles). Ce groupe a notamment soutenu cinq auteurs dans l'élaboration d'un modèle qui décrit l'ensemble des étapes et éléments à prendre en compte lorsque l'on souhaite mettre en œuvre des activités d'éducation interprofessionnelle dans le but de renforcer la pratique collaborative. Ce modèle, dit de Lausanne, a fait l'objet d'un ouvrage paru en 2017⁽³⁾. Il est à utiliser comme un guide qui permet de structurer l'environnement complexe de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative.

Le modèle de Lausanne se fonde tout d'abord sur un vaste corpus de littérature traitant de la thématique interprofessionnelle. Il s'inscrit dans l'évolution des connaissances acquises dans le domaine de l'interprofessionnalité^(13, 14), ainsi que dans le domaine de la pédagogie des professionnels de la santé⁽¹⁵⁾. Il mobilise des notions proposées dans des modèles préexistants d'interprofessionnalité, comme le modèle de *D'Amour* et *Oandasan* qui fait clairement le lien entre la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative⁽¹³⁾. Le modèle de Lausanne garde ainsi l'idée d'une articulation incontournable entre ces deux domaines. Un autre modèle préexistant, dit des « 3P » (Prémises – Processus – Produits), a été développé par *Freeth* et *Reeves*⁽¹⁴⁾. Les Prémises décrivent l'ensemble des facteurs contextuels à intégrer, le Processus décrit la formation elle-même afin d'atteindre les objectifs fixés: les Produits. Il est possible de faire le lien entre chaque composante du modèle de Lausanne et l'un de ces « 3 P ». Finalement, la raison d'être du modèle de Lausanne réside bien dans l'objectif visé par le GEPI et les auteurs. Il consiste à proposer, par son graphisme inédit, une démarche aux formateurs et décideurs impliqués dans le développement de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative. A ce titre-là, le modèle de Lausanne se distingue de ses prédécesseurs et de modèles contemporains qui ont d'autres ambitions. Par exemple, le Continuum des Pratiques de collaboration interprofessionnelles en santé et services sociaux proposé par *Careau* a le mérite d'illustrer les différents niveaux de collaboration requis

entre professionnels en fonction de la complexité des situations et des besoins des patients⁽¹⁶⁾.

Aspect général du modèle de Lausanne

Outre les concepts qu'il mobilise à partir de modèles préexistants⁽¹³⁻¹⁵⁾, le modèle de Lausanne propose un graphisme original dont le but est d'illustrer au mieux l'ensemble des éléments-clé à considérer, leur position respective et, surtout, la façon dont ils s'articulent entre eux.

La réflexion itérative sur un modèle qui soit le plus pertinent possible a progressivement conduit à un graphisme dont l'allure générale est celle d'un nautilus. Ce dernier est un mollusque pourvu d'une coquille spiralée, enroulée et développée vers l'avant, dont l'intérieur comporte différentes loges communiquant entre elles. Le Nautilus est également le nom d'un grand sous-marin dans l'œuvre de Jules Verne, *Vingt mille lieues sous les mers* (1869)⁽¹⁷⁾. Ce sous-marin symbolise entre autres le progrès technique qui permettait l'exploration des grands fonds marins. Il est intéressant de noter que la devise du *Nautilus* de Jules Verne est « mobilis in mobile », c'est-à-dire « mobile dans l'élément mobile », à l'image de la collaboration interprofessionnelle qui se doit d'être mobile, c'est-à-dire adaptable à un contexte évolutif.

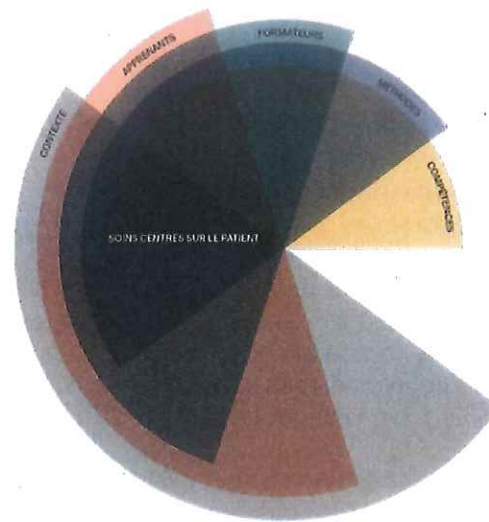
Caractéristiques et description du modèle de Lausanne

Les caractéristiques graphiques du nautilus, tel que stylisé dans le modèle de Lausanne, sont intéressantes. En effet, il y a l'idée d'une construction dynamique associant cinq éléments qui ont chacun la forme d'un demi-disque. Ces éléments représentent :

1. Les contextes de la formation (pré, postgraduée et continue) et de la pratique professionnelle
2. Les apprenants, qu'ils soient étudiants ou professionnels en formation continue
3. Les formateurs
4. Les méthodes de formation
5. Les compétences interprofessionnelles et la pratique collaborative

Dans le modèle, le produit final – les soins centrés sur le patient – apparaît dans la zone où se superposent les cinq demi-disques.

L'objectif du modèle de Lausanne est de proposer une démarche aux décideurs et formateurs chargés de développer l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative dans les milieux de la santé. Les éléments-clés à prendre en compte dans une telle démarche de développement sont donc représentés par les cinq demi-disques susmentionnés. Le graphisme en forme de nautilus confère une couleur et un niveau de transparence à chaque demi-disque et articule chaque demi-disque avec les autres par un jeu de superposition.



› Figure 1 : représentation graphique du modèle de Lausanne

Ces aspects du graphisme (couleur – transparence – superposition – articulation) ont tous un sens qui permet d'aller au-delà d'une simple juxtaposition d'éléments-clés. Ils participent à expliciter les différentes facettes du développement de l'interprofessionnalité pour les formateurs et les décideurs concernés. Ces aspects sont repris dans les lignes qui suivent.

- Couleur et transparence :

La couleur est propre à chaque demi-disque et souligne les spécificités de chaque élément, qui reste ainsi individualisable.

La transparence permet une superposition de demi-disques, sans faire disparaître le ou les éléments sous-jacents. Ainsi, la transparence permet de visualiser le mélange des différentes couleurs, mélange qui souligne la combinaison nécessaire des différents éléments au succès de la démarche.

- Superposition et articulation :

Chaque demi-disque est partiellement superposé aux quatre autres. C'est la superposition, partielle, entre les demi-disques qui donne au modèle la forme de nautilus. Par cette superposition, chaque demi-disque garde contact avec tous les autres. Il se dégage également une perspective de continuité entre les éléments qui se déploient progressivement autour d'un axe central. Le contact entre les éléments et l'image de continuité veut souligner le besoin de cohérence de toute la démarche avec un soin particulier qui consiste à relier les éléments les uns aux autres.

Le modèle de Lausanne peut aider les professionnels qui souhaitent voir leur pratique de collaboration interprofessionnelle s'améliorer. Le physiothérapeute peut donc s'en inspirer et évaluer, à l'aide du modèle, la nécessité de prioriser temporairement tel ou tel élément, comme le contexte, la position d'apprenant ou de formateur, les méthodes d'apprentissage ou les compétences elles-mêmes.

3. Discussion

3.1 La place du physiothérapeute, exemples tirés de la pratique

Après avoir évoqué les éléments-clés de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative, il est important maintenant d'examiner spécifiquement la place des physiothérapeutes dans le domaine de l'interprofessionnalité.

Soulignons, en préambule, que ce rôle n'est pas spécifique aux milieux hospitaliers où, dans certains services, les physiothérapeutes font partie intégrante d'équipes interprofessionnelles, mais il s'observe également dans les soins en ambulatoire ou à domicile (p.ex. pédiatrie, médecine du sport, gériatrie ou neurologie). Bien évidemment, toutes les situations cliniques ne nécessitent pas une prise en charge en interprofessionnalité, à proprement parler. Careau et al. ⁽¹⁶⁾ mettent en évidence que le besoin d'interprofessionnalité va en augmentant avec la complexité de la situation clinique.

Ce sont ainsi les prises en charge de situations cliniques complexes qui sont les plus susceptibles et bénéficiaires d'être traitées en interprofessionnalité.

Dans d'autres cas, les compétences uniprofessionnelles du métier de physiothérapeute peuvent être suffisantes, sans l'intervention d'autres professionnels. Ceci pourrait justifier un accès direct aux prestations de physiothérapie, sujet professionnel régulièrement débattu. Il est toutefois important de noter que celles-ci peuvent être plutôt conçues pour des patients à priori moins fragiles ⁽¹⁸⁾.

L'interprofessionnalité ne va donc pas à l'encontre d'une physiothérapie de premier recours, mais elle doit être reconnue comme nécessaire lorsque la situation l'exige.

Les sections suivantes de cet article discutent 5 situations emblématiques du rôle que peuvent jouer les physiothérapeutes au sein de l'équipe interprofessionnelle.

3.2 Plus-value de l'intégration des physiothérapeutes dans les équipes interprofessionnelles

Dans une étude qualitative menée au Canada, Dufour et al. ⁽¹⁹⁾ ont exploré l'intégration de physiothérapeutes dans des centres de soins de premier recours.

Les auteurs mettent en évidence la plus-value clairement perçue par les autres soignants, entre autres médecins de familles et infirmières, lorsque des physiothérapeutes intègrent des équipes interprofessionnelles. Les autres professionnels mettent en effet unanimement en valeur les compétences cliniques et évaluatives des physiothérapeutes, ainsi que leur expérience en matière d'éducation et de prévention. Ainsi, l'implication positive des physiothérapeutes y est même répétée comme une participation à la réduction des coûts de la santé.

De plus, dans certains centres, médecins et infirmières s'accordent à dire que, par la présence des physiothérapeutes, il y a une plus grande efficacité dans les ressources humaines en santé pour assurer « le bon soin, par le bon praticien, au bon moment » ⁽¹⁹⁾.

Aussi, l'impact de la présence des physiothérapeutes dans les équipes interprofessionnelles s'avère particulièrement intéressant dans les soins musculo-squelettiques, dans la gestion de pathologies chroniques comme par exemple au niveau respiratoire ou cardiaque et également en soins palliatifs ⁽²⁰⁾.

Cott et al. ⁽²¹⁾ relatent que « dans un modèle idéal, le physiothérapeute fait directement partie d'équipes de santé familiales » et que, lorsque le contexte local ne le permet pas, il est envisageable de pouvoir compter sur un physiothérapeute « partenaire ». Malgré certains défis comme l'espace et les équipements nécessaires à la physiothérapie, ils soulignent des opportunités comme une meilleure communication des physiothérapeutes avec les autres professionnels, leur rôle prépondérant dans la prise de décisions quant à la gestion de pathologies chroniques ou encore leur rôle dans la satisfaction et la qualité de vie au travail.

3.3 Implication du physiothérapeute dans la gestion non-pharmacologique de la dyspnée en soins palliatifs

Dans une étude de cas sur la gestion non-pharmacologique de la dyspnée chez des patients atteints de différentes pathologies respiratoires, Syrett et Taylor ⁽²⁰⁾ évoquent l'objectif commun des soignants qui peut être atteint par une équipe interprofessionnelle lorsque le patient est considéré dans sa totalité. Aussi affirment-elles en citant Bissett et al. ⁽²²⁾ que « le travail interprofessionnel ou collaboratif gère un patient en tant que personne dans son ensemble, sa vie affective, sociale et spirituelle tout autant que sa maladie sous-jacente ». Dans ces situations, le travail en interprofessionnalité, et plus particulièrement entre infirmiers/ères et physiothérapeutes, a eu un impact positif sur la prise en charge des patients. Les auteurs présentent les rôles spécifiques des physiothérapeutes et des infirmier/ères ainsi que des zones communes ou de chevauchement ⁽²⁰⁾. Ainsi, à titre d'exemple, l'accompagnement à la marche, la gestion des crises de panique ou simplement l'écoute sont présentés comme des compétences communes aux différents professionnels. Dans d'autres cas, la prise en charge non-pharmacologique de la dyspnée en soins palliatifs nécessite plus particulièrement des soins prodigués par des physiothérapeutes, comme les techniques de soins respiratoires que sont la ventilation dirigée, le désencombrement bronchique voire la ventilation non invasive.

3.4 Implication de la physiothérapie dans la spiritualité

Afin de développer les compétences des physiothérapeutes dans le domaine de la spiritualité, nous organisons depuis 2018 au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) des études de cas sur le sujet, sous supervision d'un accompagnant spirituel.

Toute personne atteinte dans sa santé, et faisant appel à la physiothérapie, devrait être considérée comme potentiellement vulnérable, soit ayant un « risque accru de subir un tort » ⁽²³⁾. Cette menace est encore plus présente chez les patients développant une dépendance fonctionnelle ou une perte d'autonomie ⁽²⁴⁾. Il est probable que le physiothérapeute, par sa proximité physique et psychologique avec le patient au moment des traitements, détient des informations essentielles à une prise en charge sécuritaire du patient, y compris en termes de « tort subi ». Les données bio-psycho-sociales ont en ce sens tout intérêt à être complétées par une évaluation spirituelle, la spiritualité étant définie « comme la quête de sens, l'affirmation de valeurs et de croyances » ⁽²⁵⁾. Dans une étude réalisée en Ecosse ⁽²⁶⁾, les physiothérapeutes affirmaient que la

spiritualité était un aspect important des soins au patient, mais que le manque d'expérience, notamment dans l'utilisation des informations récoltées, et le manque de temps rendaient son application difficile. Des échanges formalisés (à l'aide d'outils appropriés tels que le « SPIR » (Spiritualité, Place dans la vie, Intégration et Rôle du professionnel de la santé)⁽²⁷⁾, ou des confrontations de savoirs en interprofessionnalité (comme des études de cas sous la conduite d'accompagnants spirituels) peuvent aider le thérapeute à structurer ses perceptions et à formaliser les informations essentielles à la création d'un lien thérapeutique fort. Ces échanges peuvent de surcroît être bénéfiques pour le thérapeute, comme le décrit E. Rochat : « Les rares expériences de ce type sont également très bénéfiques pour les soignants eux-mêmes, garantissant des images de soi meilleures »⁽²⁵⁾.

3.5 Implication de la physiothérapie dans la réadaptation à domicile des patients âgés

Depuis 2012, le CHUV et l'AVASAD (Association VAudoise des Soins A Domicile) ont mis en place un programme de réadaptation à domicile pour les personnes âgées, nommé « Readom », qui vise à offrir une alternative aux séjours en centre de traitement et de réadaptation.

Dans le cadre de prises en charge gériatriques complexes à domicile, une coordination des savoirs et des pratiques autour du patient apparaît particulièrement importante. Une forte interdépendance se manifeste; elle est due à la complexité des prises en charge (polyopathologies avec influences connexes), à l'hétérogénéité des tableaux cliniques ou du suivi de traitement. Comment s'assurer par exemple de la prise médicamenteuse, des apports nutritionnels ou de la mobilisation chez un patient vivant seul à domicile et présentant des troubles cognitifs ? Dans ces contextes particuliers, la communication entre les intervenants, la coordination des soins autour des éléments observés par chaque professionnel et l'implication des proches permet la réactivité nécessaire à l'adaptation des prises en charge. Une attention particulière doit également être mise dans les phases de transition, source de perte d'information et de rupture de liens entre les thérapeutes et le patient.

Au vu de son importance, la coordination des soins a tout intérêt à être formalisée et priorisée. Cette dernière doit être basée sur une évaluation gériatrique globale⁽²⁸⁾. C'est dans cette optique qu'un moment spécifique d'échange a été mis en place, en début de séjour, lors de programmes de réadaptation gériatrique à domicile (Readom), moment durant lequel différents intervenants médico-soignants (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, personnel d'assistance et médecin) partagent le résultat de leurs évaluations et fixent ensemble des objectifs communs.

Ce moment de discussion spécifique, appelé « Resident Assessment-Trio » (ou « RAI-Trio ») est planifié en début de réadaptation et fait suite à l'évaluation initiale du patient par l'outil « RAI »⁽²⁸⁾ et aux évaluations spécifiques de chaque corps professionnel, qui sont ensuite présentées et analysées par les trois référents du patient : infirmier, physiothérapeute et ergothérapeute. Un consensus y est défini permettant de conserver jusqu'à trois objectifs prioritaires pour le séjour de

réadaptation du patient. Une coordination se met ensuite en place, autour de ces objectifs, délimitant le périmètre d'action des différentes professions soignantes.

Le résultat du « RAI-Trio » est discuté avec le patient puis reporté dans le dossier informatisé commun, permettant un suivi de l'information y compris lors de changements de thérapeutes au cours du séjour.

Une fois par semaine, l'équipe de réadaptation au complet se rencontre pour partager les informations importantes sur les prises en charge en cours. Lors de ces colloques interprofessionnels, chaque intervenant transmet l'évolution de ses prises en charge, en lien avec les objectifs partagés. Il communiquera également les interventions en cours qui sont spécifiques à sa profession et ses objectifs restants.

En dehors des « Rai-Trio » et des colloques hebdomadaires, les échanges se font, en fonction de l'urgence, par le dossier informatisé, par e-mail ou par téléphone direct. Le fait que les différents professionnels n'aient pas un bureau partagé à ce jour (le médecin référent et les physiothérapeutes n'étant pas quotidiennement dans les bureaux de Readom) limite les interactions. Cet inconvénient est toutefois compensé partiellement par les moyens engagés (tablette à disposition de tout professionnel, téléphone personnel, logiciel d'appel vidéo,...)

A la fin du séjour, afin de limiter l'impact négatif de la transition, une analyse de l'évolution du patient et des objectifs en cours est reportée dans un document de synthèse unique, alimenté par tous les intervenants, puis transmis aux équipes allant prendre en charge le patient à la suite de la réadaptation (CMS, médecin traitant, physiothérapeute indépendant). Dans certains cas, une prise en charge commune entre les intervenants actuels et futurs du patient est réalisée, pour augmenter la sécurité et la continuité des soins.

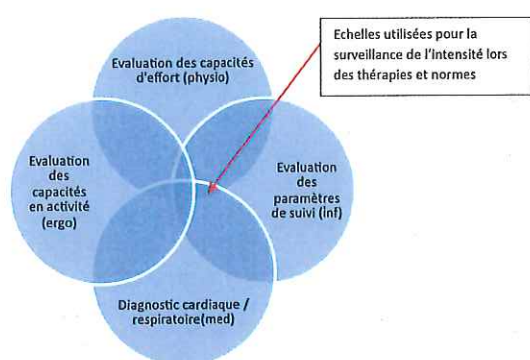
De notre expérience, tous les moyens organisationnels mis en place pour développer l'interprofessionnalité dans le programme « Readom » ont permis d'augmenter la satisfaction des professionnels de santé (par un travail en équipe d'avantage collaboratif), d'amener beaucoup de sens pour le patient (notamment quant aux objectifs partagés pour l'ensemble de la prise en charge de réadaptation) et de limiter les tensions liées au rôle de chaque profession. Ces dernières ont également pu être travaillées lors d'analyses de pratiques telles que décrites dans le paragraphe suivant.

3.6 Particularité de la réadaptation cardiorespiratoire à domicile des patients âgés

Outre des éléments d'organisation, nous nous sommes rendus compte que des analyses de pratiques communes étaient indispensables pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans un programme de réadaptation.

Les univers différents des intervenants (hospitalier ou soins à domicile) ont été source de tensions lors de la création de Readom, (notamment dans l'attribution des rôles thérapeutiques ou dans l'intensité des thérapies à mettre en place), mais sont clairement considérés comme une force à ce jour et permettent une prise

en charge adaptée à mi-chemin entre la réadaptation stationnaire et les soins à domicile. Un travail clinique particulier a été mené pour les patients avec atteinte cardiorespiratoire active aboutissant à la création d'une procédure interprofessionnelle. Cette dernière décrit les rôles propres de chaque intervenant, définit des outils d'évaluation communs (échelle de dyspnée et échelle de pénibilité d'effort), des mesures d'arrêt de l'effort et d'urgence (appel au médecin traitant, ré hospitalisation,...), permettant un échange interprofessionnel facilité.



› Figure 2: exemple d'intégration possible dans une prise en charge interprofessionnelle de réadaptation gériatrique à domicile (Readom)

Un programme de prise en charge, intégrant les objectifs précis de réadaptation, les intensités d'effort maximales par jour et les mesures de réévaluation est ensuite défini avec le patient. Comme ce dernier est traditionnellement mis au centre des réflexions interprofessionnelles, nous devons le considérer comme un vrai partenaire dans la plupart des contextes de soins.

Dans le cadre de la réadaptation cardiorespiratoire à domicile, nous nous sommes rendus compte que les activités réalisées en autonomie par le patient devaient être comptabilisées, au même titre que les autres thérapies, afin d'éviter une surcharge d'activité physique au cours d'une journée, amenant parfois à des décompensations cardiorespiratoires. Nous préconisons de négocier avec lui la place qu'il laissera à la réadaptation (ou les activités qu'il acceptera de limiter), de mesurer quotidiennement l'impact journalier de la réadaptation et d'adapter les thérapies ultérieures en fonction des résultats obtenus à l'évaluation.

L'établissement d'une telle procédure clinique, interprofessionnelle, a permis de limiter les épisodes de « surentraînement » du patient, notamment par le suivi de paramètres d'évaluation communs et de critères d'arrêt d'effort stricts. Les épisodes de fatigue cumulative aboutissant parfois à de nouvelles hospitalisations ou à une baisse des capacités fonctionnelles sont dès lors mieux contrôlés

Ces exemples tirés de la pratique montrent la plus-value que peut amener une collaboration interprofessionnelle pour le physiothérapeute et pour son patient. Nous ne pouvons dès lors qu'encourager chaque professionnel de la santé à réfléchir à sa manière de collaborer et à participer directement au développement de modèles de prise en charge innovants.

4. Conclusion

Bien que des domaines semblent être plus enclins à la pratique interprofessionnelle (comme les soins aigus ou la réadaptation), l'interprofessionnalité va être de plus en plus nécessaire pour faire face à la complexité croissante des prises en charge, tant dans les milieux stationnaires qu'ambulatoires.

Ainsi, au-delà de toutes les compétences propres à leur métier, les professionnels de la santé doivent aujourd'hui savoir démontrer des compétences de collaboration. Être en mesure de communiquer efficacement avec les autres professionnels, être conscient de ses forces et de ses limites, connaître et valoriser les rôles et les compétences des autres professionnels, amener sa perspective sur une situation clinique et la confronter avec celles des autres sont autant d'exemples où se manifestent les compétences de collaboration.

Les physiothérapeutes, comme tous les autres professionnels de la santé, n'échappent pas à ces enjeux de collaboration interprofessionnelle. Les exemples décrits dans cet article avaient pour but de l'illustrer. Rappelons que les premiers bénéficiaires sont les patients dans une perspective de pratique collaborative au service de la sécurité, de la cohérence et de l'efficacité des soins. N'oublions pas les professionnels qui ont, eux aussi, des avantages à retirer d'une collaboration efficace source de satisfaction au travail.

Implications pour la pratique

- Il existe une corrélation entre qualité des soins et qualité de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux cliniques.
- Le besoin en interprofessionnalité augmente avec la complexité de la situation clinique.
- Médecins, infirmiers/ères et centres médicaux trouvent de l'intérêt à ce que le physiothérapeute démontre des capacités de collaboration interprofessionnelle.
- Les compétences interprofessionnelles peuvent être développées par le biais de formations spécifiques (formation postgrade, littérature, modèles, comme p.ex Le modèle de Lausanne,...)

Contacts

Leopoldo Lucarelli, +41 (0)79 55 66 253,
Leopoldo.Lucarelli@chuv.ch

Guillaume Roulet, +41 (0)79 55 60 558,
Guillaume.Roulet@chuv.ch

David Gachoud, +41 (0)79 55 63 402,
David.Gachoud@chuv.ch

Références

- Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. [Learning together to work together: interprofessional education, a myth or reality?]. *Rech Soins Infirm.* 2011;106:40-6.
- WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Health Organization 2010.
- Gachoud D, Gallant S, Lucarelli L, Oberhauser N, Allin-Pfister A-C. Education interprofessionnelle et pratique collaborative: Le modèle de Lausanne. Chêne-Bourg, Suisse: Médecine & Hygiène; 2017.
- Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of health-care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(2):143-51.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg.* 2009;197(5):678-85.
- Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care.* 2000;38(8):807-19.
- Wiegmann DA, ElBardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Sundt TM. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: an exploratory investigation. *Surgery.* 2007;142(5):658-65.
- Saltvedt I, Mo E, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(5):792-8.
- Borric C, West M. Developing Team Working in Health Care: a guide for managers.; 2001.
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD002213.
- Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res.* 2002;37(6):1553-81.
- Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach.* 2016;38(7):656-68.
- CIHC, santé Cpplie. Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional Education. 2008.
- Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Vincent C, Swaine B. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disabil Rehabil.* 2015;37(4):372-8.
- Santschi V, Germanier P, Tischhauser J, Senn N, Pecoud A. Efficacy of interprofessionality : evidence and challenges. *Rev Med Suisse.* 2017;13(562):1007-11.
- Dufour SP, Brown J, Deborah Lucy S. Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners. *J Interprof Care.* 2014;28(5):460-5.
- Syrett E, Taylor J. Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach. *Int J Palliat Nurs.* 2003;9(4):150-6.
- Cott CA, Mandoda S, Landry MD. Models of integrating physical therapists into family health teams in ontario, Canada: challenges and opportunities. *Physiother Can.* 2011;63(3):265-75.
- Bissett M, Robinson V, George R. Expanding the remit of palliative care. *Nursing Times.* 2001;24(21):38-40.
- Hurst S. [Protecting vulnerable persons: an ethical requirement in need of clarification]. *Rev Med Suisse.* 2013;9(386):1054-7.
- Monod S, Sautebin A. [Aging and becoming vulnerable]. *Rev Med Suisse.* 2009;5(226):2353-7.
- Rochat E, Vollenweider P, Rubli E, Odier C. [Taking into account spiritual dimension of the patient in multidisciplinary team]. *Rev Med Suisse.* 2015;11(493):2055-7.
- Turner H, Cook CCH. Perceptions of physiotherapists in relation to spiritual care. *Journal for the study of spirituality.* 2016;6(1):58-77.
- Jobin G. Des religions à la spiritualité. Une approche biomédicale du religieux dans l'hôpital. Namur: Lumen Vitae; 2013.
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, et al. Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2012.
- Kern D. Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach. 2nd ed. Baltimore, Unites States: The Johns Hopkins University Press; 2009.
- Freeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of interprofessional care.* 2004;18(1):43-56.
- D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care.* 2005;19 Suppl 1:8-20.
- D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care.* 2005;19 Suppl 1:8-20.
- Vernes J. Vingt mille lieues sous les mers: Hetzel, Pierre-Jules; 1869.

Tarifs réduits pour professionnels de la santé



VISTAWELL

sport . health . movement

Depuis 1984,
1300 articles pour la santé et le sport

www.vistawell.ch

Rue du Lac 40 2014 Bôle/NE 032 841 42 52
office@vistawell.ch