

3^{ème} journée d'échanges des équipes en maisons et pôles de santé
FEMASIF – samedi 06 février 2016



Le travail pluri professionnel en MSP

Exemple de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle
Pyrénées-Belleville

Dora Lévy – François Raymond



- Mini historique et organisation du travail a la MSP
- ETP et actions de prévention
- Cas complexes à domicile

Histoire de la création de la MSP Pyrénées-Belleville



- **Les rencontres:**

- Un cabinet médical au 27 rue des Envierges
- Un cabinet infirmier du 20^{ème}
- Rencontre chez les petits frères de pauvres

- **Les dates:**

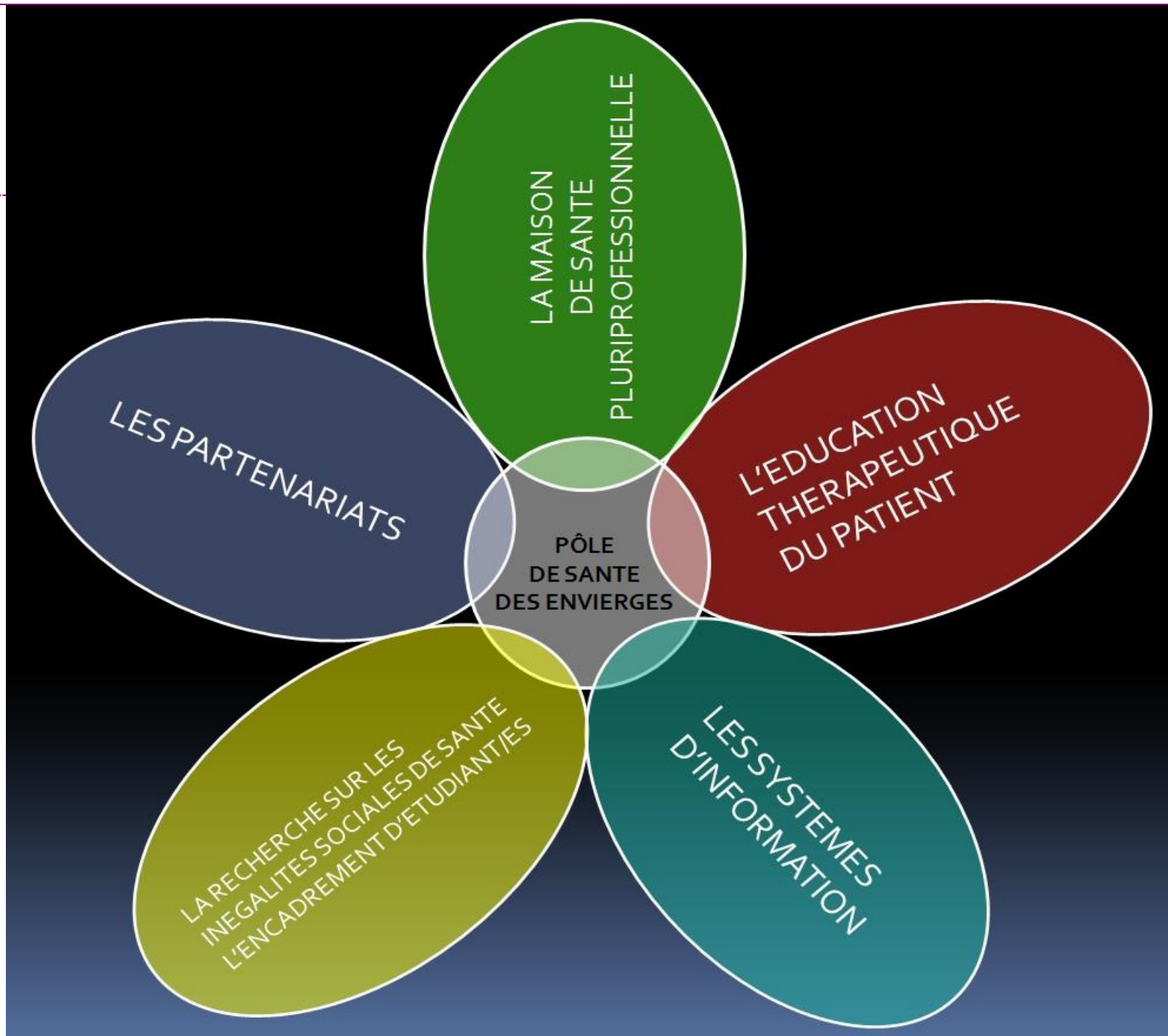
- 2010: Création du Pôle de Santé des Envierges
 - ✦ Un territoire (quartier de Belleville)
 - ✦ Un projet de santé commun
 - ✦ Les membres: médecins, infirmiers, orthophonistes, podologue, kinés, pharmaciens, association de quartier

- 02 septembre 2013: Ouverture de la Maison de Santé Pyrénées-Belleville

Le projet de santé et ses objectifs



- Renforcer la coordination des soins autour des cas complexes
- Améliorer l'accès aux soins pour tous, avec une attention particulière aux plus fragiles
- Lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) sur le territoire
- Indépendance totale face aux laboratoires pharmaceutiques
- Formation des étudiants en médecine et en soins infirmiers et travaux de recherche sur les ISS
- Actions d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- Mise en place de protocoles pluri professionnels



Une équipe pluri professionnelle



- 10 associés : 5 infirmiers et 5 médecins généralistes
- + 3 collaborateurs (1 infirmier et 2 médecins)
- + 2 internes de médecine générale
- + 2 externes
- + 1 étudiant/e infirmier/e
- + remplaçant/es régulier/es infirmier/es et médecins
- **Pas de hiérarchie entre IDE et MG**
- MG « chef d'orchestre » du parcours de soins et IDE coordinateur de la veille sanitaire et « lanceur d'alerte »
- Une charte éthique rassemble les valeurs de l'équipe et des stagiaires

Des locaux partagés entre tous les professionnels



- Un espace de 120 m²: une salle d'attente (lieu aussi d'affichage d'informations validées par tous) et 4 cabinets de consultations dont un avec accès handicapé.
- Partage des bureaux entre tous les médecins et IDE selon le planning défini.
- Secrétariat commun et gestion des messages de patients par tous selon le planning.
- Un espace de 30 m² : salle de travail, salle de réunion, salle de repos. Cette salle commune est soumise au règlement intérieur de la MSP pour son utilisation (rangement, calme, matériel, etc.). Elle est le lieu de nombreux échanges formels ou informels

Un pluralité de compétences des professionnels



- Tous les IDE ont une grande expérience dans le secteur médico social (samusocial de Paris, associations d'hébergement, toxicomanies) et ont la culture du travail pluriprofessionnel.
- 1 IDE formé en addictologie et 1 en ETP, vacations au kiosque.
- Les médecins de la MSP travaillant également sur d'autres structures: MMG, PASS, CIV, planning familial, crèches, nutrition, ETP.
- Participation à des groupes de travail sur l'organisation des soins de santé primaires et le système de santé : la conférence de santé, prévention du VIH (mairie de Paris), réseau ville hôpital BPCO, la périnatalité et EG des PMI, ADECA, etc.
- Maîtres de stages, enseignement à la fac, recherche sur les ISS, liens avec l'URPS infirmiers.

Toutes les informations sont partagées entre les soignants



- Un **logiciel médical partagé** : dossiers communs, et un outil le TBS (diabète, HTA, personnes âgées, Recotest, prévention)
- Logiciel utilisable et modulable pour et par les professionnels paramédicaux: Ide de la MSP, mais aussi kinés/podologue/orthophonistes du pôle de santé.
- Un **Carnet d'adresses partagé** (spécialistes en secteur 1, services hospitaliers, etc.) et constitution d'un réseau de partenaires commun et partagé entre tous.
- **Objectif:** améliorer la coordination des soins tout en respectant le choix des patients et le secret professionnel (notamment lors des réunions)

L'organisation quotidienne du travail en équipe



- Consultations médicales (secteur 1 en tiers payant) sur RdV tous les jours et tous les après midis sans RdV (2 médecins) assurant ainsi une permanence des soins.
- Visite à domicile pour les patients dépendants et complexes (binômes de médecins) et visite conjointe médecin/IDE.
- 2 tournées infirmières à domicile en journée en tiers payant intégral: en ville et en foyers d'hébergement. Une troisième tournée hebdomadaire de veille sanitaire.
- Permanence infirmière 7j/7 tous les soirs (pansements, injections, autres soins...) à 19h après que 2 bureaux de consultation aient été libérés par les médecins.
- 2 journées par mois de consultations ASALEE par 1 IDE formée à l'ETP dans un bureau de consultation libéré par les médecins.

Le travail en équipe existe aussi en dehors des soins

- les staffs -



- Staff mensuel de travail sur les dossiers complexes.
- Staff morbi-mortalité tous les 3 mois (erreurs, événements évitables).
- Staff de bibliographie tous les 2 mois.
- Staff commun avec le réseau de LCD.
- Staff de fonctionnement mensuel entre associés: partage des tâches (commandes matériel, planning, gestion des salariés, comptabilité, etc.).
- Staff à l'hôpital de la Pitié autour de patients diabétiques compliqués.
- Staff tous les 15 jours en médecine interne à la Croix Saint-Simon.
- Réunions de synthèse autour de cas de patients très complexes avec les différents acteurs impliqués (réseaux de SP ou gériatrie, SAMSAH, centre d'action social, autres professionnels de santé, tutelles, etc.).

Le travail en équipe existe aussi en dehors des soins - le travail sur les partenariats-



☰ Rencontre et conventionnement formalisé avec les acteurs du territoire:

- 📄 Centres de santé (Clavel, GOSB)
- 📄 Hôpitaux (Tenon, Maison Blanche, CMP, Croix Saint-Simon, CREATIF Lariboisière)
- 📄 Réseaux gériatriques (CLIC, AGEP)
- 📄 Réseau de soins palliatifs (Quiétude et Rope)
- 📄 Réseau diabète
- 📄 Enfance (MDA, Robert Debré)
- 📄 Ivg (Revho, planning familial)
- 📄 Réseau RecupAir
- 📄 Sphère
- 📄 Structures d'hébergement (MAS, CHRS, Foyers logement, pension de famille)
- 📄 Réseau addicto (CSAPA)

☰ Travail en lien étroit avec le centre socio culturel Archipelia: place des usagers du quartier dans les projets de la MSP

☰ Le projet Dermadom

Le travail en équipe existe aussi en dehors des soins

- Les protocoles pluri professionnels -



- Insuffisance cardiaque (cas concret à suivre)
- Équilibration des AVK
- Auto mesure tensionnelle
- Sevrage alcoolique
- Adaptation insuline rapide

La formation à la MSP



- Participation de tous les membres de la MSP à des formations pluri professionnelles et indépendantes des laboratoires pharmaceutiques (sftg, pansements).
- Participation aux réunions ville-hôpital en médecine interne à l'hôpital Croix St Simon.
- Échange entre étudiants médecins et étudiants IDE pendant leur stage et avec les pharmaciens du pôle.
- Échanges avec un cabinet ide de Marseille qui a les mêmes pratiques de travail et les mêmes valeurs.

L'ETP : modèle du travail pluriprofessionnel



- 1 IDE, 1 MG, 1 podologue et 1 animatrice socioculturelle sont formées à l'ETP (entretiens individuels et construction de programme de groupe).
- L'IDE ASALEE des entretiens individuels sur proposition des MG:
 - Pour des patients diabétiques
 - Pour des patients avec des risques cardiovasculaires
 - Pour le dépistage des troubles cognitifs
 - Pour la pratique de spirométrie (partenariat avec service de pneumologie de la Pitié)
- **ACTIVAIR**: ateliers de groupe à Archipelia pour des personnes insuffisantes respiratoire pour une favoriser l'activité physique adaptée et un accompagnement diététique, projet financé par l'ARS, phase de recrutement des patients par le kiné.

Le projet ETP sur la prévention du surpoids



- Objectif : améliorer les habitudes alimentaires et de vie chez les personnes concernées par le surpoids ou l'obésité.
- Intervenants : nutritionniste, IDE, médecin généraliste, podologue, médiateurs d'Archipelia, personnes ressources tels que CESF/animateur sportif/habitant du quartier.
- 4 ateliers prévus.
- Effets attendus: favoriser l'amélioration de l'état de santé globale des personnes les plus vulnérables et précaires, plus souvent touchées par l'obésité.
- Accompagnement par le pôle ressource en ETP, financement à trouver.

Les ateliers bébés enrhumés



- **Justification:**

- Fréquence des viroses respiratoires chez les nourrissons
- Difficultés à réaliser les DRP par les parents
- Renforcer les messages de prévention pour éviter les consultations inutiles
- Connaître les critères de gravité et d'urgence notamment en cas de bronchiolite

- **Méthode:**

- Groupe entre 5 et 10 parents avec leur enfants
- Binôme médecin et kinésithérapeute

- **Réalisation des ateliers**

- 3 à 4 séances par an en hiver, dans la salle d'attente de la MSP ou à la halte garderie d'Archipelia
- Échanges avec les participants sur les méthodes de mouchage et les outils possibles
- Mise en pratique des techniques sur leur enfant avec l'aide des professionnels
- Remise d'un livret d'information co-construit avec le centre de santé Clavel

- **Effets attendus:**

- Réduire les craintes et questions des parents face à un bébé enrhumé ou avec une bronchiolite

Cas complexes

- Un patient polypathologique et fragile: M. C. -



- 50 ans, grand parcours de rue.
- 2 cancers ORL, dénutrition
- Trachéotomisé, jéjunostomie d'alimentation, psoriasis sévère, suivi hospitalier (ORL, gastro et dermato), pas de médecin traitant.
- Passages fréquents au SAU
- Passage IDE quotidiens dans les suites de la prise en charge au Samu Social.
- AVS à domicile.
- Prise en charge par MG de la MSP
- Intervention de l'orthophoniste.
- Intervention IDE stomathérapeute et diététicienne.
- Difficultés nombreuses, donc changement de certains intervenants.

M. C. / Les intérêts de la pluriprofessionnalité



- La coordination de soins efficiente entre les intervenants du quotidien (MG IDE orthophoniste, diet, personnel de la résidence) et avec les services de soin spécialisés permettent un maintien à domicile et une bonne qualité de vie.
- Grande réactivité par rapport aux problèmes de santé (sonde bouchée, récurrence K, poussée psoriasis...).
- Eviter passage au SAU: hospitalisations programmées
- Améliorer état nutritionnel: surveillance du poids hebdomadaire
- Surveillance des effets secondaires des traitements: 2^{ème} cancer ORL apparu sous Humira par exemple
- A permis une remise en question de la prise en charge par l'équipe alors même que le patient ne s'en plaignait pas.
- Aujourd'hui, bonne communication entre tous les intervenants qui a permis de prendre en charge un patient dont l'histoire de vie et l'errance du parcours de soin a rendu très difficile la synthèse de son histoire médicale.

Cas complexes

- Une patiente démente à domicile: Mme G. -



- 77 ans. Seule à domicile, divorcée, 2 enfants en banlieue, connaît très bien son quartier, professeur d'allemand en retraite, sort de chez elle tous les jours
- Cardiopathie hypertensive et valvulaire équilibrée
- Découverte d'Alzheimer en 2013
- VAD **MG**
- Passage **IDE**
- Pas d'aide a domicile
- Synthèses régulières
- Aggravation progressive de la désorientation

Mme G. / Les intérêts de la pluriprofessionnalité



- Observance quotidienne du ttt grâce aux intervenants (pharmacie, ide, MG)
- Stimulation de la mémoire: orthophoniste, centre d'accueil de jour Etimoe
- Coordination des soins pour les prises de rdv/transport... éviter les loupés
- Des interventions progressives des professionnels permettant le maintien à domicile à peu près en sécurité: mise en place d'aide domicile, AGEF, Sauvegarde de justice)
- La famille est accompagnée.
- Finalement : maintien à domicile le plus longtemps possible

Cas complexes

- Une application des protocoles: Mme T. -



- 76 ans, vit avec son mari aveugle dans un 2 pièces au 3^{ème} étage sans ascenseur.
- Insuffisante cardiaque diastolique, pacemaker, AVC d'origine embolique, DNID, AC/FA chronique
- Sous coumadine et inr non équilibrés.
- Passage à la demande du **MT**, mais hésite à demander => plusieurs décompensations cardiaques, hospitalisée dans des conditions non idéales malgré le DMS.
- Difficultés d'observance et hospitalisations en urgences pour IC
- Passage **IDE** pour s'assurer de l'observance du traitement.
- Mise en place du **protocole AVK** avec intégration à **CREATIF**.
- Mise en place du **protocole insuffisance cardiaque**.

Mme T. / Les intérêts d'un protocole pluriprofessionnel



PROTOCOLE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Pour qui? : Patient ayant déjà fait une décompensation cardiaque.

Objectif : Agir rapidement dès le début de la décompensation cardiaque pour une prise en charge rapide du patient et permettre son maintien à domicile.

Dossier médecin traitant:

Dans le dossier du médecin doit figurer :

poids, TA, FC, mesure du tour de cheville droite et gauche, ECG, BNP, RP et écho CV. Avec une mise à jour une fois/an.

Surveillance infirmière:

Une fois/semaine prise de poids, TA et FC avec utilisation d'une balance à molette, remise à 0 avant toute pesée, tarée toutes les semaines (avec une bouteille d'eau de 1l) et utilisation d'un niveau pour vérifier ou équilibrer la balance à l'aide de papier journal si sol non horizontal, TA et FC une fois/semaine. L'équipe infirmière réalisation d'une courbe de poids (annexe 1).

1ère étape : signalement par l'infirmier au médecin traitant si un de ses critères est présent:

modification du poids de plus de 2 kg en 7 jours

et/ou aggravation de l'essoufflement

et/ou aggravation des œdèmes

2ème étape : si un des critères de la première étape est présent, l'infirmier/e communique systématiquement au médecin traitant les informations complémentaires à savoir TA et FC.

Conditions favorables du travail pluriprofessionnel



- Soutien d'une coordination pour mener à terme les projets d'équipe
- Bases solides et communes entre les professionnels sur le projet de santé
- Le projet de santé pluri professionnel unit l'équipe et permet de gérer les difficultés et les conflits
- Absence de hiérarchie entre les professionnels : pas de chef, éventuellement un leader
- Un nombre optimal de personnes ("ni trop ni pas assez"), une famille
- Solidarité face à des situations complexes

Le temps est un allié et plus un problème car nous savons que nous travaillons avec les mêmes objectifs et les mêmes outils