

VALORISER LA PLURIDISCIPLINARITE

VALORISER LA PLURIDISCIPLINARITE EN TEMPS DE CRISE ?

POURQUOI PENSER LA PLURIDISCIPLINARITE EST ENCORE ET TOUJOURS IMPORTANT ?

*« Tout seul on avance plus vite, ensemble on va plus loin »
(Aphorisme du monde du rugby)*

Si le thème de la pluridisciplinarité relève d'un sujet classique au cœur de la réflexion éthique, il demeure pertinent de l'interroger ici pour différentes raisons. Premièrement, et il s'agit ici d'un élément de contexte général, la pluridisciplinarité est une clé, toujours perfectible, de l'articulation des secteurs du soin, sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Deuxièmement, et il s'agit-là d'un élément de contexte relatif à la crise sanitaire, la pluridisciplinarité permet une évaluation au plus juste de la situation de patients atteints du COVID-19, en vue d'une hospitalisation. Aussi, pour ne jamais perdre de vue la nécessité incontestable de la prise en compte singulière de chaque patient, ce texte a pour vocation le partage et la mise en perspective d'une situation vécue il y a peu.

La crise sanitaire permettra-t-elle de repenser et donner un sens (nouveau) au travail en pluridisciplinarité ? Le contexte actuel nous invite fermement à redéfinir la notion même du soin à l'autre, qui se déploie singulièrement dans différents secteurs du monde sanitaire, médico-social et social (Hôpital, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), Maisons d'accueil spécialisées (MAS), établissement d'hébergement et service pour personnes handicapées- médecine de ville et suivi des maladies chroniques)- nécessairement liés et pourtant parfois trop compartimentés. Ainsi, le « prendre soin » doit se penser dans la perspective et du point de vue de la personne, dans ses multiples dimensions afin de répondre à plusieurs besoins ; une telle pensée ne peut donc se concevoir que dans l'articulation de ses dimensions médicales et sociales. En effet, la pandémie n'épargnant personne, elle vient, de ce fait, reposer la question d'une bonne conjonction des différentes strates du soin dans l'optique d'une prise de décision la plus adaptée possible à la réalité, hic et nunc, tant individuelle que collective.

La spécificité des acteurs de soin : une complémentarité ?

Une telle articulation trouverait sans nul doute à se manifester dans divers exemples et situations singulières. Prenons par exemple celui d'une « rencontre » de professionnels très spécialisés, comme les médecins du SAMU ou urgentistes d'une part et les médecins qualifiés pour la prise en charge de la personne âgée, notamment en EPHAD d'autre part. Les premiers disposent-ils toujours de toutes les informations pertinentes quant aux possibilités de prise en charge des résidents ? Pensons ici à la capacité d'accompagnement et de suivi dans le quotidien et ce par différents professionnels, ou encore à la diversité des pathologies pouvant atteindre la personne âgée et ainsi engager une fragilité toute spécifique, ou enfin au niveau de dépendance des uns et des autres. Si grand âge peut rimer avec perte d'autonomie, cela n'est fort heureusement pas l'évidence même.

Ainsi, le seul critère de l'âge pour discuter d'un transfert (ou non) en vue d'une hospitalisation, ne serait à lui seul pas suffisant. De l'autre point de vue, que savent les médecins intervenant en EHPAD (qu'ils soient gériatres, médecins coordinateurs ou médecins généralistes) de la prise en charge précise lors de l'hospitalisation d'une personne âgée, qui plus est dans un service de réanimation ? D'un côté comme de l'autre, d'une dimension du soin à l'autre, d'un lieu à l'autre, il existe des particularités dans l'organisation du soin et dans la façon de convoquer les caractéristiques inhérentes à la personne soignée. S'il semble évident d'affirmer la nécessité d'une communication claire entre ces différents acteurs du soin, la réalité n'est pas toujours en adéquation avec l'idéal.

Place de la collégialité

Le contexte sanitaire actuel nous imposant plus urgemment une réflexion sur la pertinence de l'accès à une hospitalisation au sein d'un service de médecine dédié à la prise en charge des patients dits COVID+, et le cas échéant dans un service de réanimation, offre l'occasion de mobiliser en pluridisciplinarité chacun des acteurs dans le but d'une évaluation la plus juste possible dans l'intérêt exclusif du patient.

En témoigne une situation récemment vécue mettant en question l'intérêt redoublé de la pluridisciplinarité en contexte de pandémie. Il s'agit d'un patient vivant en EHPAD (GIR 2 sur une échelle de 1 à 6, cf ▲ NDLR 1) en raison d'une dépendance physique. Ce dernier a présenté des signes cliniques de détresse respiratoire aigüe, avec une désaturation suggérant une atteinte grave au COVID-19. Spontanément, l'hospitalisation n'a pas été évoquée. S'en suit une discussion entre le médecin gériatre et le médecin du SAMU, qui a permis de penser la prise en charge de ce patient dans sa globalité. Il a donc été question dans un premier temps d'identifier les symptômes d'inconfort du résident. La place de la famille a également été abordée, du point de vue notamment de sa demande expresse de l'hospitalisation immédiate de leur proche. Le médecin gériatre a pu partager l'état de la situation de l'EHPAD et des équipes, à ce moment-là dans un sentiment d'épuisement considérable du fait d'un grand nombre de résidents atteints du COVID-19. L'intérêt marqué de cette discussion pluridisciplinaire pour cette situation revient au fait que sans un tel échange, ce patient, en raison de ses facteurs de fragilité ainsi qu'en raison du contexte, aurait probablement été récusé immédiatement d'un transfert à l'hôpital. La discussion a rendu possible l'étude attentive de la situation clinique dans son ensemble et le patient a ainsi pu être considéré dans sa singularité.

La réalisation systématique d'une procédure collégiale n'est pas chose aisée dans la mesure où, par exemple, le médecin coordinateur de l'EHPAD n'est pas nécessairement présent dans le quotidien des résidents. En revanche, les situations cliniques devraient pouvoir être discutées en amont lors d'une procédure collégiale réalisée par les médecins coordinateurs, généraliste et les soignants de l'EHPAD, dans le but de proposer un projet de soin pour chaque résident. Pour les patients en fin de vie, il existe par exemple, la fiche « pallia samu ». Ce document indiquant le niveau de prise en charge (hospitalisation ou non, réanimation, prescriptions anticipées, etc.) est inscrit dans le dossier du résident et est accessible au médecin du SAMU

La loi définit la procédure collégiale et son cadre d'application. Par "collégialité", nous entendons ici une réflexion qui serait menée par plusieurs professionnels entourant le patient, quand celui-ci ne peut plus exprimer sa volonté. Le but d'une telle coopération est de pouvoir croiser les regards afin d'aboutir à une solution qui soit la meilleure et la plus adaptée possible à la situation singulière du patient.

Une telle coopération, en collégialité, clairement utile et bénéfique à chacun (patient, famille et professionnels) est garante du juste soin apporté à chaque patient.

Comment la faire perdurer afin qu'elle devienne la règle générale, afin que les frontières existantes et parfois poreuses entre les secteurs du soin accompagnent positivement les décisions prises dans l'intérêt des patients eux-mêmes ? L'actuelle crise sanitaire redonne ainsi à penser l'idée même du parcours de vie et de soin des personnes soignées, notamment dans la période du grand âge, où la pluridisciplinarité a un rôle clé à jouer.

*L'équipe pluridisciplinaire
de l'Espace de Réflexion Ethique
Auvergne – Rhône – Alpes*



▲ NDLR 1 :

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six niveaux de GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

▲ NDLR 2 :

L'équipe pluridisciplinaire de l'Espace de Réflexion Ethique Auvergne – Rhône – Alpes rassemble des représentants des patients, des soignants de début de vie comme de fin de vie, de réanimation, de pathologies chroniques, de gériatrie, des soins palliatifs, des directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des enseignants et des chercheurs en philosophie, en santé publique et en éthique ..etc..