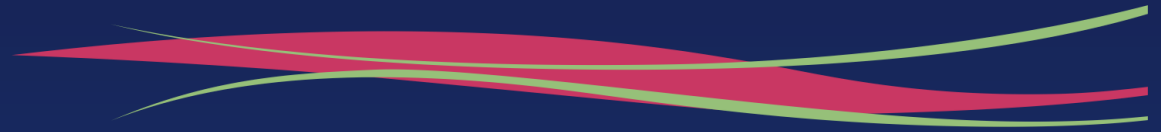


# L'interdisciplinarité et la synergie pour améliorer la prise en charge en milieu hospitalier



**3<sup>e</sup> Conférence Nationale pour vaincre le cancer**



# L'histoire de notre équipe

## D'hier à demain

Nathalie LETARTE

50 ans d'interdisciplinarité  
de l'équipe de gynécologie oncologique au  
CHUM

# Il était une fois, au 20<sup>ème</sup> siècle...

- ❖ Gynéco-onco à Notre-Dame et au CHUM
  - ◆ Tumor-board depuis 1961: Clinique des tumeurs de la femme
    - Dr Audet-Lapointe en 1968
    - Dr Pierre Drouin en 1985
  - ◆ Service de gynéco-oncologie en 1987
  - ◆ Équipe dynamique, avant-gardiste et visionnaire!

1990

- ❖ Partenariat de recherche clinique et fondamentale avec Dr Provencher et Dr Mes-Masson

1993

- ❖ Première année du programme de fellowship en gynéco-onco

1996

- ❖ Service des bénévoles



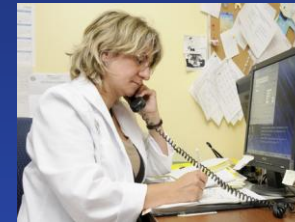
2000

- ❖ Réunions interdisciplinaires à l'unité de soins
- ❖ Début de la collaboration avec la sexologue



2002

- ❖ Infirmière pivot dans l'Équipe



2004

- ❖ Déménagement de la clinique et de la pharmacie d'oncologie dans ne nouveaux locaux
  - ◆ Augmentation de la clientèle
  - ◆ Nouveaux intervenants
  - ◆ Développement d'outils pour la gestion de l'ambulatoire

2006

❖ Chimio intra-péritonéale

- ◆ Protocole au CHUM développé avec MD, nursing et pharmacie
- ◆ Expertise pour les autres centres

❖ Lancement du site web

- ◆ [www.gynoncochum.ca](http://www.gynoncochum.ca)



2007

- ❖ Première visite de la Direction de la lutte contre le cancer
- ❖ Optimiser le fonctionnement interdisciplinaire (participation, plan d'intervention, clientèle ambulatoire)
- ❖ Élaborer en équipe des algorithmes et guides d'investigation, de traitement

2008-2009

- ❖ Nouveaux intervenants dans l'équipe
  - ◆ Pharmacien à temps plein, 2<sup>ème</sup> infirmière-pivot, onco-psychologue, conseillère en soins spirituels
  - ◆ Implication constante dans l'équipe des soins palliatifs, de la psychiatrie
  - ◆ Participation de l'archiviste aux comité des tumeurs
  
- ❖ Structurer le fonctionnement interdisciplinaire pour les cas complexes suivis en clinique ambulatoire
  
- ❖ Nouveaux outils
  - ◆ Rédaction des guides de pratique
  - ◆ Protocole antinauséux du CHUM
  - ◆ Participation à la création d'un passeport en oncologie

2008-2009



- ❖ Projets interdisciplinaires
  - ◆ Guide de soins de nutrition pour la sub-occlusion
  - ◆ Comité stratégique pour orienter les travaux et objectifs de l'Équipe
  - ◆ Projet de recherche interdisciplinaire sur l'anémie
  - ◆ Création du registre des Maladies throphoblastiques
  
- ❖ Organisation de la formation des membres de l'équipe
  - ◆ Midi-scientifiques
  - ◆ Maîtrise de notre infirmière clinicienne, bourse et doctorat en cours
  - ◆ Fellowship d'une pharmacienne
  
- ❖ **Reconnaissance de l'équipe interdisciplinaire de gynéco-onco du CHUM comme niveau 4 !**

# Évolution de notre équipe en 50 ans...

Années 60 à 80:  
Origines de l'interdisciplinarité

2009: Niveau 4

Plus de 110 personnes impliquées de près ou de loin au bien être de nos patientes

1993: Fellowship

1996: Bénévoles

2000: sexologue

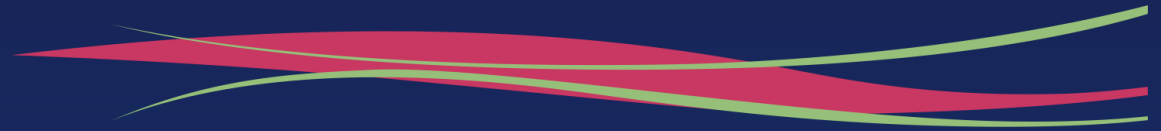
2000: Réunions  
Interdisciplinaires  
Patientes hospitalisées

2007: Direction de  
La lutte contre le  
cancer

Avenir ?

2008:  
Solidification de l'équipe

2008: Pharmacien à l'étage  
Soins spirituels  
Infirmière Pivot



# Le médecin et l'équipe

Philippe SAUTHIER

# Le MD comme chef... ?

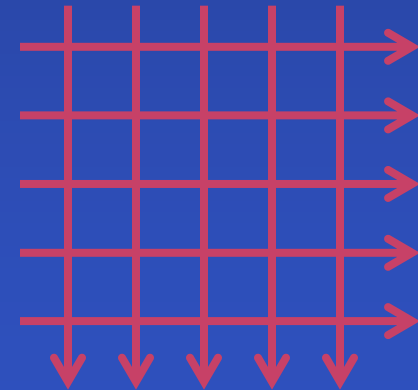
LC Pelletier, Le Spécialiste, vol. 13, #1, mars 2011

- ❖ Autorité : demander et ordonner
- ❖ Pouvoir : obtenir et influencer
- ❖ Donner un sens et une direction
- ❖ Gérer la complexité en ressources limitées
- ❖ Faire mieux (et non + ...) avec moins
- ❖ Gérer le changement :
  - culture nouvelle, situation de crise

# Équipe / Service

LC Pelletier, Le Spécialiste, vol. 13, #1, mars 2011

- ❖ Champ de bataille d'une lutte de pouvoir d'intérêts divergents (H. Mintzberg)
- ❖ Réunion de compétences complémentaires
- ❖ Organisation matricielle favorisant :
  - Échanges latéraux, innovation
  - Initiative personnelle
  - Interdisciplinarité





# La psychologie de l'équipe

Sophie CÔTÉ

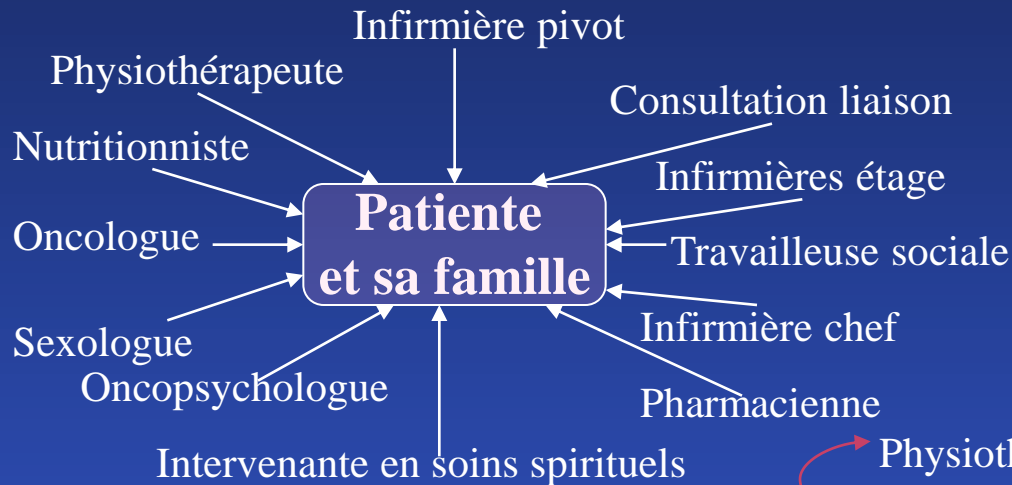
# Composition de l'équipe

- ❖ Médecin
- ❖ Consultation-liaison
- ❖ Infirmière-chef
- ❖ Sexologue
- ❖ Infirmière-pivot
- ❖ Infirmières
- ❖ Physiothérapeute
- ❖ Travailleuse sociale
- ❖ Nutritionniste
- ❖ Consultante en soins spirituels
- ❖ Pharmacienne
- ❖ Oncopsychologue

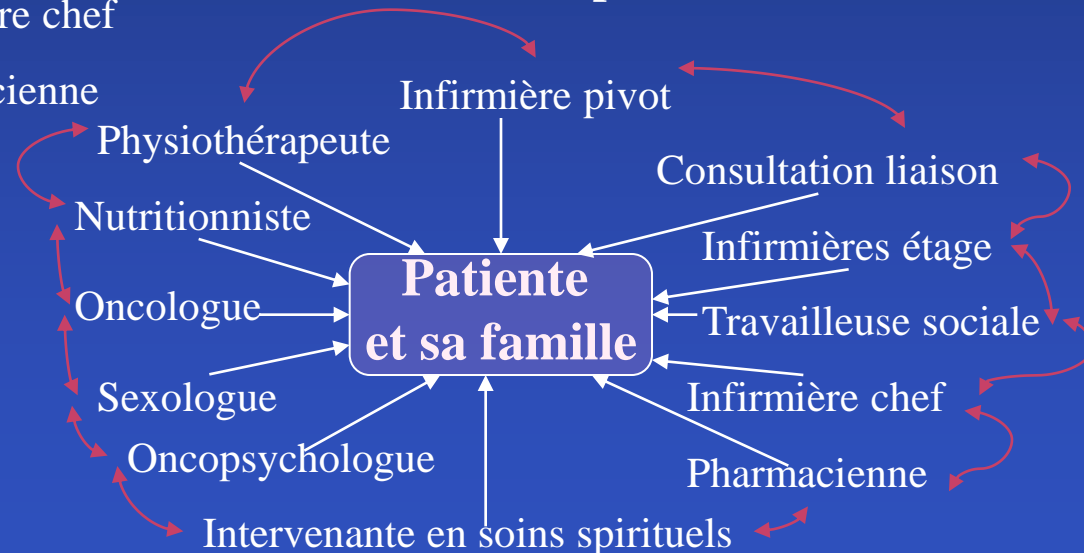
**But commun:** offrir des soins spécialisés en favorisant la prise en charge des soins non spécialisés dans le territoire d'attache.

# Multi. Vs Inter.

## Multidisciplinarité



## Interdisciplinarité



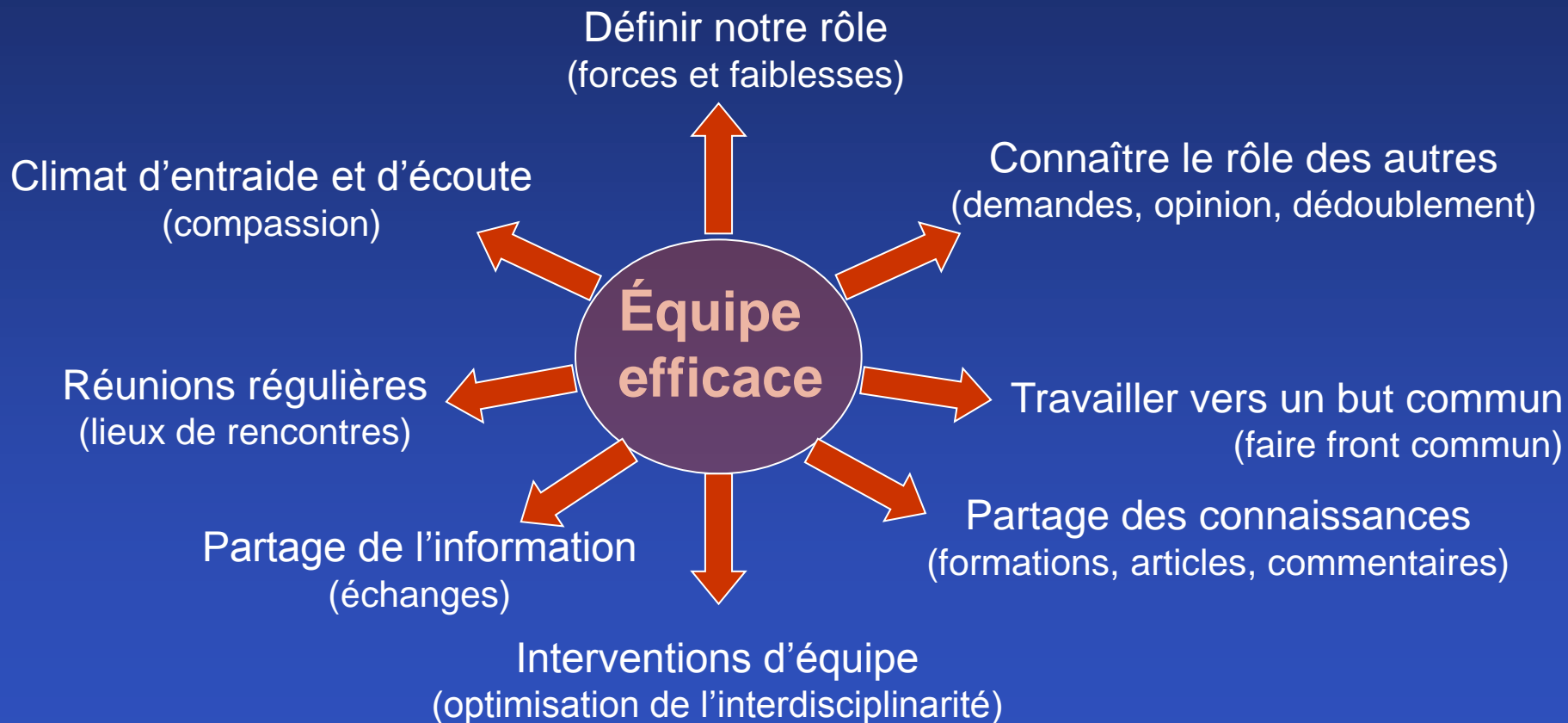
# La patiente et l'équipe

- ❖ Pour favoriser l'utilisation optimale des services, on va:
  - ◆ Informer la patiente aux moments stratégiques (pré-admission, chimiothérapie, radiothérapie);
  - ◆ Donner de l'information verbale ET écrite:
    - Passeport santé, dépliants, séances d'informations, etc.
  - ◆ Rester sensible aux besoins exprimés et non exprimés, et offrir les services en conséquence;
  - ◆ Limiter la confusion en s'assurant d'être à jour lors des rencontres.

# Synergie et complémentarité

- ❖ **Complémentarité:** l'expertise et les habiletés de chacun contribue à créer des soins complets:
  - ◆ Plus grande efficacité de la prise en charge médicale;
  - ◆ Parer à plusieurs éventualités.
- ❖ **Synergie:** agir ensemble crée un effet plus grand que si nous avions agi indépendamment:
  - ◆ Multidisciplinarité vs Interdisciplinarité;
  - ◆ Seul, on avance plus vite, ensemble, on va plus loin.

# Travail d'équipe



# Communication

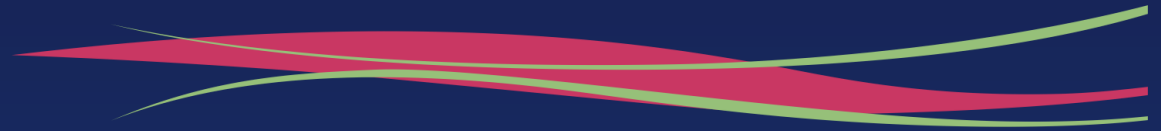
- ❖ Parler vs communiquer dans l'équipe
- ❖ Utiliser un langage commun
- ❖ Deux degrés:
  - ◆ Ce qui est dit;
  - ◆ Ce qui est reçu par les autres.
    - Coloré par le vécu, l'expérience, les forces, les blocages.
- ❖ Quitter le rationnel et tomber dans l'émotionnel
- ❖ Amener à une transformation *mutuelle*

## Dans une équipe idéale...

- ❖ On se connaît soi-même:
  - ◆ Impact que j'ai sur les autres et impact que les autres ont sur moi;
  - ◆ Être touché vs être réactif;
  - ◆ Partie réactive de soi qui n'aide pas l'autre.
- ❖ On connaît les autres:
  - ◆ Sensibilité au style interpersonnel;
  - ◆ Sensibilité envers les pairages « gagnants » dépendamment de la problématique.

# Défis humains

- ❖ Établir un climat d'ouverture et de confiance:
  - ◆ Sensibilité personnelle et interpersonnelle;
  - ◆ Utiliser l'équipe comme thérapeute;
  - ◆ Roulement constant de personnel.
- ❖ Expertise professionnelle et expertise d'humain:
  - ◆ Sortons du carcan de la tâche;
  - ◆ Qui recevra le soin, *et* qui le donnera;
  - ◆ Équipe comme entité qui pense et ressent.



# Le rôle central de l'infirmière pivot

Joanne BRODEUR

## Le rôle de l'infirmière pivot

- ❖ «...une personne ressource dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins et de services» (Direction de la lutte contre le cancer, MSSS, 2008)
- ❖ Assure un partage d'expertise et une coordination des soins pour le mieux-être de la personne

# Le rôle de l'infirmière pivot

- ❖ Assure 4 grandes fonctions clés pour la patiente et sa famille et ce en collaboration avec tous les membres de l'équipe interdisciplinaire:
  - ◆ Évaluer
  - ◆ Enseigner et informer
  - ◆ Soutenir
  - ◆ Coordonner

# Les réalités

- ❖ Centre Universitaire
- ❖ Consultations plus ciblées / complexité des soins
- ❖ Augmentation du nombre de laparoscopie
- ❖ Traitements plus complexes
- ❖ Espérance de vie plus longue, clientèle plus âgée, antécédents médicaux importants
- ❖ Déficit budgétaire / moins de formation disponible

# Les réalités

- ❖ Dossiers numérisés / informatique
- ❖ Réunions / réorganisation du travail
- ❖ Mouvement du personnel / adaptation ajustement
  - ◆ Nouveaux postes de remplacement
    - Congés long terme (maladie, étude, maternité)
    - Retraite
    - Vacances
    - Deuil
    - Changement de poste



**L'IPO, qui est-elle?  
Orientez – moi...**



# Le rôle de l'infirmière pivot

- ❖ Suivi infirmier / part importante de pratique téléphonique
  - ◆ Gestion de symptômes
  - ◆ Labo
  - ◆ Médecin
  - ◆ Suivi téléphonique
  - ◆ Répondre aux questions et inquiétudes
  - ◆ Urgence



# Conclusions

- ❖ L'interdisciplinarité est clairement un plus pour nos patientes
- ❖ Multiples intervenants compétents
  - ◆ Dizaine de professionnels
  - ◆ Équipe ne se bâtit pas en une journée
  - ◆ Objectif commun: le patient demeure au centre de nos préoccupations
    - Contraintes et circonstances incontrôlables

# Équilibre et Force



## Défis à venir...

- ◆ Comment pallier au déficit des ressources financières et humaines?
- ◆ Cibler les patientes qui en ont vraiment besoin
- ◆ Maintenir le niveau de compétence en étant efficace avec un plus grand nombre de patientes et moins de ressources
- ◆ Collaborer avec le médecin de famille
- ◆ Avoir une équipe stable

# « Rien n'est permanent sauf le changement »



Héraclite d'Éphèse, philosophe grec,  
environ 500 ans avant J.-C.