

Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins

Une étude exploratoire dans les maisons médicales et wijkgezondheidscentra

*Réalisée par Vereniging van wijkgezondheidscentra en collaboration avec
Fédération des maisons médicales*

*A la demande du Service public fédéral - Santé publique, Sécurité de la chaîne
alimentaire et Environnement*

Résumé - janvier 2012

**Y. ELYSÉE SOMASSE
ISABELLE DEGEEST
PAUL DE MUNCK
YVES GOSSELAIN
NELE GERITS**

Contexte et justification

A l'instar de ce qui passe dans les pays développés, on constate un vieillissement de la population belge avec une augmentation des pathologies chroniques et de dégénérescence. La prise en charge du patient nécessite donc l'intervention de plusieurs disciplines pour l'amélioration globale de son état de santé.

Les maisons médicales francophones (MM) et leurs homologues néerlandophones, les wijkgezondheidscentra (WGC) sont des centres de santé de la première ligne de soins en Belgique, à vocation pluridisciplinaire. En mars 2011, on comptait 86 maisons médicales membres de la FMMCSF et 20 WGC membres de la VWGC. Le financement des maisons médicales (MM et WGC) se fait selon deux modes différents. Soit à l'acte, auquel cas le patient paie le professionnel de santé sur base du tiers payant, soit, le plus souvent, la maison médicale opte pour un financement au forfait, calculé sur base de la consommation nationale de soins. Dans ce cas, les soins dispensés par le médecin généraliste, le kinésithérapeute et l'infirmier sont entièrement pris en charge.

Les soins offerts en maisons médicales visent les domaines curatif, préventif, palliatif et de promotion de la santé. Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, accueillants, assistants sociaux et psychologues). Elles fonctionnent selon un principe d'autogestion qui implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également un partage des responsabilités et une solidarité parmi les travailleurs. L'autogestion jette ainsi les bases pour une collaboration interdisciplinaire.

Pour une efficacité dans les soins, plusieurs formes de dialogue interdisciplinaire s'organisent. Cette interdisciplinarité transparaît dans la charte des maisons médicales francophones, dans les 11 critères des WGC et dans divers projets des MM et WGC et une nouvelle fonction émergente, celle de coordinateur de soins semble prendre un rôle important dans la mise en place et le fonctionnement de ce dialogue interdisciplinaire.

Il est nécessaire de formaliser davantage et de soutenir l'interdisciplinarité dans l'environnement de soins de première ligne en Belgique car si d'un point de vue théorique, l'interdisciplinarité est un concept fondamental qui se comprend, d'un point de vue pratique, sa mise en application ne semble pas toujours aisée.

Dans les faits, l'interdisciplinarité se matérialise au sein des équipes des maisons médicales autour de différents projets de soins en faveur de la population et la fonction de coordination de soins qui émerge semble être une manifestation évidente de la nécessité d'un dialogue interdisciplinaire. Le besoin de cette interdisciplinarité a été déjà un sujet de préoccupation lors des colloques organisés en 2002 et 2003 par les maisons médicales. Après plusieurs années d'expérience des pratiques pluridisciplinaires, le moment est venu d'examiner comment, au sein des équipes, les diverses disciplines interagissent au service du patient.

Objectifs

La présente étude a pour objet (i) d'identifier les pratiques d'interdisciplinarité dans les maisons médicales et *wijkgezondheidscentra* en Belgique, (ii) de mettre en évidence les freins et leviers à la mise en place et au fonctionnement de l'interdisciplinarité au sein des équipes et (iii) d'évaluer le rôle et le profil de la fonction de coordinateur de soins dans la mise en œuvre et le soutien à l'interdisciplinarité.

Méthodologie

La recherche a été faite en trois parties : (i) **une revue de la littérature** pour approfondir les concepts et identifier les pistes méthodologiques pour le terrain de l'étude, (ii) **une analyse documentaire** de 15 projets présentés dans un colloque en 2003 et de 15 autres projets actuels et (iii) **une enquête qualitative** au niveau des MM et WGC, au travers d'entretiens individuels et de discussions de groupe. Les méthodes retenues ont quelque peu différencié dans les parties francophone et néerlandophone du pays.

La **notion d'interdisciplinarité** a été clarifiée à la lumière de la revue de la littérature, et distinguée des concepts de pluri et de transdisciplinarité. Elle est un processus qui développe une capacité d'analyse et de synthèse à partir de plusieurs disciplines. Elle peut devenir un mode de fonctionnement adopté par une équipe, notamment pour résoudre des problèmes complexes. Elle nécessite le respect d'un certain nombre de règles et de conditions. Dans certains cas, il s'avère utile de confier à une personne le suivi des interactions au sein de l'équipe.

Résultats

Pratiques d'interdisciplinarité dans les MM/WGC

Elles ont été recensées à travers des projets des maisons médicales, complétés par des entretiens téléphoniques du côté des MM et par des discussions de groupe dans les WGC. Certains de ces projets visaient **l'interdisciplinarité elle-même** (amélioration de la qualité des soins, mise en place d'équipes pluridisciplinaires, prise en charge des seniors, lutte contre le tabagisme, ...), tandis que d'autres s'intéressaient à des **problématiques complexes**, à des **pathologies chroniques** ou encore à des **problèmes liés au vieillissement** et aux changements sociaux. Certains projets concernent une dynamique d'équipe tandis que d'autres sont plus centrés sur le patient.

Suivant les expériences du terrain, certains éléments facilitent le **dialogue interdisciplinaire** : (i) le partage des objectifs, (ii) des réunions pluridisciplinaires et réunions de cas régulières, (iii) le partage des compétences, (iv) la définition et planification des tâches...

Freins et leviers à l'interdisciplinarité

Les freins et leviers à l'interdisciplinarité découlent essentiellement de l'expérience relatée par les professionnels en maison médicale. On relève des **leviers** (i) **liés aux personnes** (compétences, connaissances de ses ressources/limites, autonomie, relation de confiance...),

(ii) **liés à l'institution** (définition collective des missions et valeurs, culture interne, co-habitation, non-hiérarchie, dossier partagé...) et (iii) **au niveau macro** (financement au forfait, organisation solidaire entre prestataires...). **Les freins** peuvent également être (i) **liés aux personnes** (méconnaissance des compétences des collègues, prise de recul difficile...), (ii) **liés à l'institution** (nombre et diversité des travailleurs, complexité des problèmes) ou (iii) **au niveau macro** (modèle biomédical enseigné). Pour aider à **lever les freins**, les participants relèvent (i) l'engagement d'une personne pour de la coordination, (ii) la formation de l'équipe et (iii) le partenariat avec d'autres structures.

La fonction de coordination de soins en MM/WGC

Cette fonction est assez récente dans le paysage des MM et WGC, elle est remplie par différents types de professionnels, différemment dans les deux régions du pays (coordinateur général en MM et coordination de soins pour les WGC - la fonction de coordinateur général est déjà présente dans tous les WGC). A l'origine de cette fonction, on trouve (i) l'augmentation de la taille des équipes et la diversité des disciplines, (ii) l'augmentation des temps partiels et (iii) le nombre croissant de patients avec des pathologies complexes et chroniques.

Les tâches du coordinateur sont assez diversifiées et peuvent varier d'un centre à l'autre. Dans les WGC, ils sont en **contact avec les patients** puisqu'ils exercent au sein du centre une fonction soignante. Dans les MM, le coordinateur a un rôle dans la **gestion de l'équipe** (y compris une gestion administrative et financière), tandis que dans les WGC, le coordinateur de soins est vraiment impliqué **dans les soins** et collabore avec le coordinateur général). Un profil pour chacune des régions a été dégagé d'après les observations sur le terrain et des échanges avec des professionnels. L'ampleur de la tâche est la principale difficulté évoquée. Les coordinateurs actuels attendent de leur institution qu'elles définissent leur profil et mandat, les collaborations attendues, les liens avec le conseil d'administration...

Discussions

Lever l'obstacle de l'enfermement disciplinaire

Afin de lutter contre la logique disciplinaire pure, il faudra introduire dans la formation des professionnels, la logique collaborative et interdisciplinaire dans le cadre des soins de santé primaires. Dans les maisons médicales, les réunions périodiques constituent un atout important, grâce à un dialogue transversal sans hiérarchie.

Favoriser un modèle interdisciplinaire cohérent

Le modèle devra être élaboré par l'équipe en fonction de ses besoins du moment. Il s'agit de définir des missions partagées et d'avoir des outils et règles communs, respectés de tous pour le fonctionnement de l'équipe. La littérature souligne un certain nombre de pré-requis sur lesquels l'équipe doit s'entendre et des éléments à considérer à chaque étape du processus (comme clarifier les responsabilités, reconnaître la diversité, résister à la tentation du consensus et éviter les discussions théoriques...).

Prendre en charge la compétence individuelle pour composer la compétence collective

Une équipe interdisciplinaire ne sera compétente que si ses membres le sont dans leur propre discipline et son efficacité repose notamment sur la capacité de ses membres à alimenter la réflexion collective par une analyse pertinente de l'information. Elle a donc besoin de personnes porteuses d'un savoir de grande qualité et fondé sur une maîtrise forte des disciplines; il est indispensable d'investir dans la formation des membres.

L'apprentissage de l'interdisciplinarité

L'équipe doit pouvoir profiter de la diversité de ses membres en termes d'expérimentation, d'évaluation et de capitalisation, pour de meilleurs résultats. Les compétences sollicitées de chacun vont au-delà des compétences professionnelles strictes. Du temps sera nécessaire pour les phases indispensables d'apprentissage (ouverture à la diversité, procédure d'évaluation, reconnaissance de l'interdépendance, soutien mutuel...).

Manager la taille de l'équipe et des disciplines

Etant donné la complexité que peut représenter une grande équipe pour le travail interdisciplinaire, les équipes doivent veiller à se constituer un cadre favorable compte tenu de différents facteurs.

Importance d'un leadership et place du coordinateur de soins

On observe la présence et l'intérêt d'un leader dans la plupart des projets analysés. Le coordinateur *peut* être ce leader mais son rôle est surtout de soutenir l'interdisciplinarité en favorisant les leviers et en levant les freins.

Conclusions et recommandations

L'interdisciplinarité devient une nécessité évidente face à l'augmentation de soins complexes et chroniques en première ligne face au vieillissement de la population. Son intérêt est bien reconnu des travailleurs de maisons médicales et des WGC. Son impact positif sur la qualité des soins est démontré dans la littérature.

La présente étude permet de constater :

- **L'interdisciplinarité est manifeste** dans les équipes des maisons médicales.
- L'interdisciplinarité se matérialise à travers des **outils de gestion** qui sollicitent la collaboration transversale.
- Les **principes et valeurs des maisons médicales et des WGC** favorisent la mise en place de l'interdisciplinarité.
- La **fonction émergente de coordinateur de soins** est l'un des leviers clés pour soutenir l'interdisciplinarité. Elle peut venir en soutien à l'interdisciplinarité à travers l'évaluation des besoins des populations et des prestataires de soins, par l'identification des disciplines nécessaires et leur coordination à travers les partages de responsabilités transversales et non hiérarchiques.
- Vu la place de plus en plus importante que prend cette fonction de coordination de soins en première ligne, il est nécessaire de la clarifier et de la revaloriser à sa juste valeur. **Les pouvoirs publics** devraient apporter alors leur soutien au développement de cette fonction et à son affirmation dans l'interdisciplinarité.
- **Des règles de fonctionnement et un environnement de soins favorables** au dialogue interdisciplinaire doivent être une préoccupation dans les équipes de soins.
- La fonction de **coordination générale**, plus orientée administration et gestion d'équipe mérite aussi d'être clarifiée et soutenue pour permettre aux prestataires de s'occuper essentiellement des soins aux patients et des projets de santé.

Recommandations

1. Œuvrer à **construire des guides de bonnes pratiques pluridisciplinaires** pour favoriser l'interdisciplinarité autour des problèmes de santé.

2. Favoriser le développement de projets de santé matérialisant une collaboration interdisciplinaire avec participation des populations bénéficiaires.
3. Intégrer dans les formations médicales et paramédicales des enseignements sur la collaboration interdisciplinaire.
4. Vu l'intérêt que présente la fonction de coordinateur de soins, il faut favoriser son développement et sa mise en place en première ligne.
5. « La pratique de groupe pluridisciplinaire de soins de santé primaires est à soutenir, comme lieu où les échanges et le partage des activités sont facilités, ainsi que pour la possibilité d'y soutenir plus facilement la promotion de la santé» (De Munck et al 2011).
6. Obtenir un engagement politique pour soutenir la fonction de coordinateur de soins dans les équipes pluridisciplinaires de première ligne. Cela peut prendre la forme d'une aide financière pour le financement de cette fonction.

Perspectives

Plusieurs études complémentaires s'avèrent aujourd'hui nécessaires pour mieux comprendre comment la pratique de l'interdisciplinarité pourrait se développer dans le contexte actuel.

- Evaluer l'impact de la fonction de coordination sur la satisfaction de l'équipe et la qualité des soins.
- Evaluer les caractéristiques des équipes (nombre de disciplines, patientèles, problèmes de santé) qui disposent d'un coordinateur de soins par rapport aux autres afin d'affiner les critères de mise en place de cette fonction.
- Evaluer la possibilité d'utiliser des professionnels autres que des médecins pour la fonction de coordination de soins dans le contexte de ressources médicales en pénurie et d'hierarchisation des professions de la santé.