

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

janvier 2012

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

Table des matières

Table des matières	3
Samenvatting (NL).....	5
Context en duiding	5
Doelstellingen	5
Methodiek.....	6
Discussie.....	7
Conclusies en aanbevelingen	8
Résumé (FR)	10
Contexte et justification	10
Objectifs.....	10
Méthodologie.....	11
Résultats	11
Discussions	12
Conclusions et recommandations	13
Rapport (FR).....	15
Introduction	15
Objectifs de l'étude	16
Chapitre 1 : Description du contexte : les MM et les WGC.....	17
Chapitre 2 : Méthodologie.....	19
Revue de la littérature.....	19
Analyse documentaire.....	19
Enquête qualitative	19
1. Identification des pratiques d'interdisciplinarité	19
2. Identification des freins et leviers à l'interdisciplinarité	19
3. Evaluation de la fonction de coordination de soins	20
Chapitre 3 : Clarification de la notion d'interdisciplinarité au regard de la littérature.....	21
La pluridisciplinarité	21
La transdisciplinarité	21
L'interdisciplinarité.....	21
Chapitre 4 : Résultats de l'étude	24
Pratiques d'interdisciplinarité dans les MM/WGC.....	24
Freins et leviers à l'interdisciplinarité	25
1. Les leviers	25
2. Les freins.....	26
3. Des solutions sont proposées pour lever les freins.....	26
La fonction de coordination en MM/WGC.....	27

1. Qu'est-ce que la fonction de coordination ?.....	27
2. Motivations à la création de la fonction de coordinateur	27
3. Missions et tâches	28
4. Profil du coordinateur de soins	31
5. Difficultés de la fonction de coordination (et de coordination de soins)	32
6. Attentes des coordinateurs de soins.....	32
Chapitre 5 : Discussions	33
Lever l'obstacle de l'enfermement disciplinaire	33
Favoriser un modèle interdisciplinaire cohérent	34
Prendre en charge la compétence individuelle pour composer la compétence collective	35
L'apprentissage de l'interdisciplinarité	36
Manager la taille de l'équipe et des disciplines	37
Importance d'un leadership et place du coordinateur de soins	37
Conclusions, recommandations et perspectives.....	39
Références bibliographiques.....	41
Liste des annexes	43
Annexe 1. Questionnaires utilisés dans le cadre de l'étude	43
Annexe 2. Concernant la description de projets réalisés en maison médicale.....	43
Annexe 3. Coordinateur et coordinateur de soins : tableau comparatif d'après les rencontres avec des professionnels du terrain	43
Annexe 4. Profils de fonction de l'Ific et de l'étude métiers : le coordinateur et le coordinateur de soins.....	43

Samenvatting (NL)

Context en duiding

Zoals in andere ontwikkelde landen, stellen we ook in België een veroudering vast van de bevolking met een verhoging van chronische en degeneratieve aandoeningen. Dit vraagt om een globale aanpak van de gezondheid van de patiënt en dus een tussenkomst van verschillende disciplines.

De Franstalige medische huizen (MM) en hun Nederlandstalige tegenhanger, de wijkgezondheidscentra (WGC), zijn pluridisciplinaire eerstelijnsgezondheidscentra in België. In maart 2011, telden we 86 medische huizen, lid van de FMMCSF, en 20 wijkgezondheidscentra, lid van de VWGC. De financiering van de medische huizen (MM en WGC) gebeurt op twee verschillende manieren : ofwel per prestatie (de patiënt betaalt de zorgverstrekkers op basis van derdebetalersregeling) ofwel, en meer gebruikelijk, opteert het medisch huis voor het forfaitair betalingssysteem, berekend op basis van nationale gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg. Deze financiering neemt de zorgen ten laste die geboden worden door de huisarts, de kinesist en de verpleegkundige.

De medische huizen (MM en WGC) bieden integrale zorg aan, met aandacht voor zowel curatieve, preventieve en palliatieve zorg alsook voor gezondheidspromotie. Er wordt gewerkt met pluridisciplinaire teams (huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten, onthaalmedewerkers, maatschappelijk werkers, psychologen,..). In de organisatie van de medische huizen is zelfbestuur een belangrijk principe. In de praktijk betekent dit dat teamleden vertegenwoordigd zijn in de bestuursorganen, dat verantwoordelijkheden worden verdeeld en dat teamleden onderlinge solidariteit hoog in het vaandel dragen. Dit principe vormt de basis van de interdisciplinaire samenwerking.

Verschillende vormen van interdisciplinair overleg vinden plaats met het oog op het aanbieden van zo doeltreffend mogelijke zorg . Deze interdisciplinariteit is opgenomen in het charter van de Franstalige medische huizen, in de 11 criteria van de wijkgezondheidscentra alsook in verschillende projecten van de MM en WGC. Een nieuwe functie, namelijk die van zorgcoördinator, heeft een belangrijk rol te spelen bij het invoeren en organiseren van de interdisciplinaire dialoog.

Het is belangrijk om interdisciplinariteit in de context van Belgische eerstelijnsgezondheidszorg te formaliseren en te ondersteunen. Daar waar in theorie interdisciplinariteit een helder concept is blijkt de praktische toepassing ervan echter niet zo gemakkelijk.

Interdisciplinariteit wordt in de teams van medische huizen (MM en WGC) vorm gegeven rond verschillende zorgprojecten ten behoeve van de bevolking en de functie van zorgcoördinator lijkt noodzakelijk om de interdisciplinaire dialoog te ondersteunen. De nood aan interdisciplinair samenwerken was reeds het voorwerp van discussie op de colloquia, georganiseerd door de medische huizen, die plaatsvonden in 2002 en 2003. Na vele jaren van ervaring met pluridisciplinaire praktijken, is nu het moment gekomen om te onderzoeken hoe verschillende disciplines in team samenwerken ten dienste van de patiënt.

Doelstellingen

Deze studie heeft als doel (i) het identificeren van interdisciplinaire praktijken in de medische huizen en wijkgezondheidscentra in België, (ii) het opsporen van drempelverhogende en drempelverlagende factoren van interdisciplinaire samenwerking en (iii) het evalueren van de rol en het profiel van de zorgcoördinator bij het toepassen en ondersteunen van interdisciplinariteit.

Methodiek

Dit onderzoek gebeurde in 3 fases : (i) een literatuurstudie om de concepten uit te diepen en om methodieken te identificeren voor het onderzoek op het terrein, (ii) een dokumentanalyse van 15 projecten die voorgesteld werden op een congres in 2003 en van 15 andere actuele projecten en (iii) een kwalitatieve bevraging van MM en WGC, aan de hand van individuele gesprekken en groepdiscussies. De gebruikte methodes in het Franstalig en Nederlandstalig gedeelte van het land vertonen een aantal verschillen.

Het begrip ‘interdisciplinariteit’ werd verhelderd door middel van de literatuurstudie, en onderscheiden van pluri- en transdisciplinariteit. Interdisciplinariteit is een proces dat bestaat uit het analyseren en synthetiseren door de verschillende disciplines en kan door een team worden gebruikt om complexe problemen op te lossen. Interdisciplinariteit vereist het respecteren van een aantal regels en voorwaarden. Soms is het zinvol om het opvolgen van interacties van een team toe te wijzen aan één persoon.

Resultaten

Interdisciplinaire praktijken in de MM/WGC

Langs Franstalige zijde, werden deze verzameld aan de hand van een beschrijving van projecten van medische huizen, aangevuld met telefoongesprekken, in de WGC gebeurde dit aan de hand van groepsgesprekken. Voor een aantal van deze projecten lag de focus op interdisciplinariteit op zich (verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod, samenstellen van pluridisciplinaire teams, het opvolgen van oudere bevolking, de strijd tegen tabak,...), terwijl anderen interdisciplinair gingen samenwerken om complexe problemen aan te pakken, zoals chronische aandoeningen of problemen ten gevolge van de veroudering en sociale veranderingen. Sommige projecten hadden de samenwerking als team als onderwerp terwijl andere projecten meer gericht waren op de patiënt.

Er werd vastgesteld dat de interdisciplinaire dialoog gefaciliteerd wordt door : (i) gezamenlijke doelstellingen, (ii) pluridisciplinair overleg en patiëntenoverleg, (iii) het uitwisselen van competenties, (iv) het definiëren en plannen van taken...

Belemmerende en bevorderende factoren bij de organisatie van interdisciplinariteit

De factoren die interdisciplinariteit belemmeren of bevorderen werden aangegeven door de professionelen op het terrein. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen (i) **persoonsgebonden bevorderende factoren** (competenties, kennis van eigen sterktes en zwaktes, zelfstandigheid, wederzijds vertrouwen,...), (ii) **organisatiegebonden bevorderende factoren** (gezamenlijke definitie van missie en waarden, interne cultuur, gedeelde huisvesting, horizontale organisatiestructuur, gedeeld medisch dossier...) en (iii) factoren **op macro-niveau** (forfaitaire financiering, solidariteit tussen zorgverstrekkers...).

Ook voor de belemmerende factoren geldt dat deze (i) **persoonsgebonden** kunnen zijn (gebrek aan kennis over competenties van collega's, moeilijk afstand kunnen nemen van bepaalde taken...), of (ii) **gebonden zijn aan de organisatie** (aantal en verscheidenheid van de personeelsleden, complexiteit van problemen) of (iii) zich op **macro-niveau** situeren (biomedisch model dat wordt aangeleerd). Volgens de professionelen op het terrein dragen volgende elementen bij tot het opheffen van deze drempels : (i) het aanstellen van een medewerker met een coördinerende taak, (ii) het aanbieden van vorming en opleiding en (iii) samenwerking met andere structuren.

De functie van zorgcoördinator in MM/WGC

Deze functie is vrij nieuw in de MM en WGC en wordt door professionelen met verschillende achtergronden ingevuld. Ze wordt in Vlaanderen en Franstalig België ook op een andere manier ingevuld, nl. door een algemeen coördinator in MM en een specifieke zorgcoördinator in WGC (de functie van algemeen coördinator is reeds in alle WGC aanwezig). Aan de oorsprong van de totstandkoming van deze functie liggen (i) de toename van de grootte van de teams en van het aantal disciplines, (ii) toename van het aantal deeltijdse werkkrachten en (iii) het stijgend aantal patiënten met complexe en chronische aandoeningen.

De taken van deze coördinator zijn erg verscheiden en kunnen verschillen van centrum tot centrum. In de WGC, hebben de zorgcoördinatoren rechtstreekse contacten met patiënten aangezien zij er tevens als zorgverstrekker werkzaam zijn. In de MM, behoort het personeelsbeleid (inbegrepen administratief en financieel beheer) tot de hoofdopdrachten van de algemeen coördinator, terwijl in de WGC, de zorgcoördinator zich vooral concentreert op de organisatie van het zorgaanbod (in overleg met algemeen coördinator). Voor beide regio's werd een profiel aangemaakt op basis van waarnemingen op het terrein en uitwisseling met de medewerkers. De omvang van het takenpakket werd als belangrijkste moeilijkheid benoemd. De huidige zorgcoördinatoren verwachten van hun centrum een duidelijke omschrijving van hun profiel en mandaat, van de samenwerking die van hen verwacht wordt en van hun verhouding tot de raad van bestuur.

Discussie

Het opheffen van het disciplinaire hokjesdenken

Om in te gaan tegen de geïsoleerde disciplinaire benadering, moeten de principes van samenwerking en interdisciplinariteit in de eerstelijnsgezondheidszorg worden opgenomen in de opleiding van zorgverstrekkers. In de wijkgezondheidscentra is regelmatig structureel overleg een belangrijke troef, dankzij de transversale, niet-hiërarchische dialoog.

Een cohorent interdisciplinair model aanmoedigen

Het model moet tot stand komen in samenspraak met het team en in functie van de noden. Dit betekent dat een gezamenlijke missie moet gedefinieerd worden en dat er samen afspraken worden gemaakt over een aantal instrumenten en regels. De literatuur onderstreept het belang van een voorafgaande consensus tussen de teamleden over een aantal zaken en van een aantal elementen die bij elke stap van het proces moeten aanwezig zijn (zoals het verduidelijken van de verantwoordelijkheden, het erkennen van de verschillen tussen de disciplines en het bieden van weerstand aan de verleiding van consensus, het vermijden van theoretische discussies...).

De wenselijke teamsamenstelling bepalen rekening houdend met de individuele competenties

Een interdisciplinair team is slechts competent wanneer ook de afzonderlijke leden dit zijn in hun eigen discipline. De effectiviteit van het team hangt af van de bekwaamheid van de leden om actief deel te nemen aan gezamenlijk overleg door een juiste analyse van de informatie. Het team heeft dus nood aan mensen met een grote deskundigheid en grondige kennis van de disciplines; het is dus noodzakelijk om te investeren in het opleiden van de teamleden.

Het aanleren van interdisciplinariteit

Om zo goed mogelijke resultaten te bekomen, moet het team kunnen gebruik maken van de verscheidenheid aan competenties van haar leden, meer bepaald in het onderzoeken, evalueren en interpreteren. De vereiste competenties van ieder teamlid overstijgen de strikt professionele competenties. Er moet voldoende tijd uitgetrokken worden om de verschillende

fases in het leerproces te doorlopen (waarderen van verscheidenheid, evaluatieprocedures, wederzijdse afhankelijkheid erkennen, onderlinge steun...).

De grootte van het team en van het aantal disciplines beheren

Aangezien een groot team een complexe interdisciplinaire samenwerking met zich kan meebrengen, moeten de teams nadenken over een gunstig kader dat rekening houdt met verschillende factoren.

Het belang van leiderschap en de plaats van een zorgcoördinator

In de meeste projecten die geanalyseerd werden, wordt het belang van de aanwezigheid van een leider vastgesteld. De zorgcoördinator kan deze leidersrol opnemen, zijn/haar rol is vooral het ondersteunen van de interdisciplinaire samenwerking door de bevorderende factoren te stimuleren en de belemmerende factoren aan te pakken.

Conclusies en aanbevelingen

In de context van de toenemende complexe en chronische zorgen in de eerstelijnsgezondheidszorg ten gevolge van de veroudering van de bevolking, wordt interdisciplinaire samenwerking een noodzaak. Het belang ervan wordt erkend door de medewerkers in de medische huizen en wijkgezondheidscentra en de positieve impact ervan op de kwaliteit van de zorg wordt door de literatuur aangetoond.

Deze studie leidt ons tot volgende vaststellingen :

- Interdisciplinaire samenwerking is duidelijk aanwezig in de medische huizen/wijkgezondheidscentra.
- Interdisciplinaire samenwerking krijgt vorm door een aantal werkinstrumenten die uitgaan van transversale samenwerking.
- De principes en waarden van de medische huizen en wijkgezondheidscentra werken het toepassen van interdisciplinariteit in de hand.
- De functie van zorgcoördinator ondersteunt de interdisciplinaire samenwerking . Deze ondersteuning kan gebeuren door het evalueren van de noden van de patiëntenpopulatie en de zorgverstrekkers, door het identificeren van de nodige disciplines om hieraan tegemoet te komen en door het coördineren ervan op een transversale en niet-hiërarchische wijze.
- Aangezien de functie van zorgcoördinator een steeds voorname plaats gaat innemen op de eerste lijn, is het noodzakelijk om deze functie uit te klaren en naar waarde te schatten. De overheid zou daarom de ontwikkeling van deze functie die interdisciplinaire samenwerking bevordert, moeten ondersteunen.
- De teams van zorgverstrekkers moeten een aantal afspraken maken over hun functioneringswijze en aandacht hebben voor een werkomgeving die interdisciplinaire samenwerking bevordert.
- De functie van algemene coördinator, die meer gericht is op administratie en personeelsbeleid, moet ook verder uitgediept en ondersteund worden zodat de zorgverstrekkers zich kunnen concentreren op zorgverlening aan de patiënten en andere gezondheidsprojecten.

Aanbevelingen

1. Ondersteuning bieden bij de samenstelling van een handleiding met pluridisciplinaire praktijkvoorbeelden om interdisciplinaire samenwerking rond gezondheidproblemen te bevorderen.
2. Het stimuleren van de ontwikkeling van projecten met een interdisciplinaire aanpak en met participatie van het doelpubliek.
3. Het integreren van interdisciplinaire samenwerking in de medische en paramedische opleidingen.
4. Aangezien de zorgcoördinator een belangrijke rol opneemt met betrekking tot interdisciplinariteit: bijdragen aan het ontwikkelen en integreren van deze functie op de eerstelijns.
5. “De pluridisciplinaire eerstelijnspraktijken moeten ondersteund worden, als praktijken waar uitwisseling en taakverdeling gefaciliteerd worden, alsook omwille van de rol die ze opnemen in het kader van gezondheidspromotie” (De Munck et al 2011).
6. Een politiek engagement bekomen om de functie van zorgcoördinator in pluridisciplinaire eerstelijnspraktijken te ondersteunen. Dit kan in de vorm van financiële steun door financiering van deze functie.

Vooruitzichten

Meerdere aanvullende studies zijn vandaag nodig om voldoende inzicht te krijgen in de manier waarop de interdisciplinaire praktijk zich kan ontwikkelen binnen de actuele context.

1. De impact evalueren van de functie van zorgcoördinator op de tevredenheid van het team en op de kwaliteit van het zorgaanbod.
2. De kenmerken van de teams evalueren (aantal disciplines, beeld van de patiënten...) die beschikken over een zorgcoördinator en vergelijken met kenmerken van andere teams waar deze functie niet aanwezig is zodat criteria kunnen opgesteld worden die richtinggevend zijn.
3. Evalueren of naast de huisarts, andere zorgverstrekkers de functie van zorgcoördinator kunnen uitoefenen, dit in de context van het tekort aan huisartsen en van de hiërarchisering van de medische beroepen.

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 différé 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, cohabitation, 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.

Introduction

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, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'arthrose, le cancer, l'ostéoporose, les troubles thyroïdiens, la cataracte (Enquête nationale de santé par interview 2008). Les comorbidités sont aussi fréquentes et en dehors des soins curatifs il faut mettre en œuvre des soins préventifs et des actions de promotion de la santé. La prise en charge du patient nécessite donc l'intervention de plusieurs disciplines pour un objectif commun, l'amélioration globale de son état de santé. Ce mode de fonctionnement ne s'enseigne pas lors de la formation des soignants. Une interdisciplinarité est pourtant avantageuse pour le patient et le prestataire dans la prise en charge et la prévention des maladies chroniques (Mabry et al 2008, Tremblay D et al 2011). Au lieu de devoir consulter séparément plusieurs disciplines avec des recommandations parfois divergentes, il bénéficie d'un programme cohérent de soins issu du dialogue entre les différentes disciplines nécessaires à sa prise en charge. Par ailleurs, ce dialogue interdisciplinaire permet de prendre en charge le patient et non plus seulement sa maladie. Le professionnel de santé tire aussi un avantage de l'interdisciplinarité du moment où il s'enrichit au contact des collègues des autres disciplines et prend en compte d'autres dimensions de la santé que sa seule discipline ne lui aurait pas permis de voir. La mise en commun (réseau) des compétences individuelles et collectives permet en effet d'atteindre ce que Claude Javeau¹ appelle « l'inter fécondation disciplinaire ».

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 2003, la FMMCSF² organisait déjà un colloque sur les pratiques pluridisciplinaires en se basant sur une revue de la littérature et une enquête au sein des Maisons médicales³. Lors de ce colloque, il a été établi que le travail pluridisciplinaire est le socle commun minimal sur lequel se basent les pratiques. Mais les pratiques pluridisciplinaires touchent plus souvent l'interdisciplinarité et parfois la transdisciplinarité. Ces concepts seront analysés plus loin.

Les soins offerts en maisons médicales visent les domaines curatifs, préventifs, palliatifs et de promotion de la santé. Plusieurs professionnels tels que les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les accueillants travaillent ensemble. Pour une efficacité dans les soins, plusieurs formes de dialogue interdisciplinaire s'organisent. Cette interdisciplinarité transparaît dans la charte des Maisons médicales francophones et dans divers projets des MM et WGC et une nouvelle fonction émergente, celle de coordinateur de soins prend un rôle de plus en plus 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.

Pour bien comprendre sa mise en œuvre et l'améliorer, il faut avant tout partir de l'existant et identifier les pistes de solutions pour généraliser et renforcer le dialogue interdisciplinaire, en réponse aux changements épidémiologiques liés à l'augmentation de l'espérance de vie et aux problèmes psychosociaux et comportementaux en augmentation dans notre société.

¹ Ancien professeur de Sociologie à l'Université Libre de Bruxelles (ULB), Directeur du Centre de sociologie générale de l'ULB au début des années 80.

² FMMCSF : Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones.

³ **Pluridisciplinarité, transdisciplinarité, les actes.** Journée colloque du 17 mai 2003, 101 pages, juillet 2003, non publié.

La présente étude vise à évaluer l'interdisciplinarité dans les maisons médicales et WGC et identifier les manières de la renforcer. Les résultats pourront être utilisés pour modéliser et favoriser l'interdisciplinarité dans les structures de la première ligne de soins en Belgique.

Objectifs de l'étude

1. Identifier les pratiques d'interdisciplinarité dans les maisons médicales et WGC en Belgique.
2. Mettre en évidence les freins et leviers à la mise en place et au fonctionnement de l'interdisciplinarité au sein des équipes de ces centres.
3. Evaluer le rôle et le profil de la fonction de coordinateur de soins dans la mise en œuvre et le soutien à l'interdisciplinarité au sein de ces équipes.

Chapitre 1 : Description du contexte : les MM et les WGC

Les maisons médicales (MM) et les wijkgezondheidscentra (WGC)

Les MM et WGC sont des centres de santé de première ligne organisés en fédération : la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) pour les MM et la Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) pour les WGC. En mars 2011, on comptait 86 maisons médicales membres de la FMMCSF et 20 WGC membres de la VWGC.

Les maisons médicales (MM et WGC) ont comme ambition de placer le citoyen et le patient au centre du système de santé. Plutôt qu'orientées maladie, elles sont orientées personne et santé globale. L'approche choisie tient compte des déterminants psychosociaux de la santé. Les maisons médicales intègrent les soins préventifs et curatifs et travaillent dans un cadre de promotion de la santé.

Les maisons médicales (MM et WGC) s'inscrivent dans les services de santé de première ligne qui constituent le premier point de contact du patient avec le système de santé. Un fonctionnement optimal de la première ligne est essentiel à l'efficacité du système de santé.

L'histoire des maisons médicales est intrinsèquement liée à l'évolution du concept de santé et aux différentes chartes définissant les concepts de santé, promotion de la santé, éducation pour la santé...

Les maisons médicales (MM et WGC) regroupent divers intervenants de santé. Au niveau de leur composition, elles incluent principalement des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des accueillants, des assistants sociaux et des psychologues.

Le financement des maisons médicales (MM et WGC) se fait selon deux modes différents. Certaines optent pour le financement à l'acte, auquel cas le patient paie le professionnel de santé sur base du tiers payant, soit la maison médicale opte pour un financement au forfait. Ce dernier est calculé sur base de la consommation nationale de soins. Divers facteurs tels que l'âge et le statut du patient ajustent le financement. Dans le cadre du financement forfaitaire, les soins dispensés par le médecin généraliste, le kinésithérapeute et l'infirmier sont entièrement pris en charge. Cependant, certaines maisons médicales offrent des services supplémentaires au patient. Ces services (dentisterie, psychologues, diététique, ...) sont financés à l'acte pour le patient car ne font pas partie du forfait.

La majeure partie des MM et WGC fonctionnent au forfait.

De toute manière, quel que soit le mode de financement des MM et des WGC, celles-ci fonctionnent avec un regroupement de diverses disciplines (multidisciplinarité) dans un cadre d'autogestion comme principe de base. L'autogestion, selon la charte des maisons médicales francophones, est « un mode d'organisation dans lequel chaque travailleur intervient dans la prise de décisions, et dispose d'une voix. Cela implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également le partage des responsabilités et favorise la solidarité parmi les travailleurs ». L'autogestion jette ainsi les bases pour une collaboration interdisciplinaire, renforcées par une autre recommandation de la même charte : « l'organisation de réunions de discussions de cas, dans une perspective transdisciplinaire ».

Dans les faits, l'interdisciplinarité se matérialise au sein des équipes des maisons médicales (MM et WGC) 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 sur les

pratiques pluridisciplinaires⁴. 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.

Nous commencerons par clarifier le concept de l'interdisciplinarité au regard de la littérature afin d'identifier les pistes méthodologiques pour répondre aux objectifs de notre étude.

⁴ **De la valse à trois temps à la valse à mille temps. Harmonie et diversité des secteurs professionnels en maison médicale, la pluridisciplinarité.** Actes du XXe colloque de la FMM, 113 pages, avril 2003, non publié.
Pluridisciplinarité, transdisciplinarité, les actes. Journée colloque du 17 mai 2003, 101 pages, juillet 2003, non publié.

Chapitre 2 : Méthodologie

La recherche a été faite en trois parties : une revue de la littérature, une analyse documentaire et une enquête au niveau des MM et WGC.

Revue de la littérature

Les objectifs de la revue de littérature étaient de cibler et d'approfondir la question de l'interdisciplinarité et d'identifier des pistes méthodologiques pour son appréciation sur le terrain au niveau des MM et WGC.

Nous avons consulté la base de données Medline mais aussi le moteur de recherche Google Scholars.

Le produit de la recherche de littérature nous a permis d'expliquer le concept de l'interdisciplinarité et de nourrir le chapitre discussions en faisant une confrontation des résultats de l'enquête à ceux de la littérature.

Analyse documentaire

L'analyse documentaire a consisté à examiner 15 projets pluridisciplinaires initiés dans les MM et présentés au colloque de la FMMCSF en 2003, consacré aux pratiques pluridisciplinaires (FMMCSF, avril 2003). Quinze (15) autres projets actuellement en cours dans les MM ont aussi été examinés. Certains de ces projets sont consultables dans un catalogue en ligne sur le site de la FMMCSF. De ces projets nous relevons les pratiques à caractère interdisciplinaire.

Enquête qualitative

Elle a consisté en des entretiens individuels et des discussions de groupes auprès des professionnels de santé des MM et des WGC (la population étudiée pour notre étude). Ils ont été complétés lors du Congrès organisé par la FMMCSF en mars 2011 par des discussions en deux ateliers de 18 personnes environ chacun, réunissant des professionnels de santé de MM mais aussi hors MM et des non professionnels de santé. Ces ateliers ont permis de discuter des résultats des entretiens effectués et d'évoquer les freins et leviers pour la mise en œuvre de l'interdisciplinarité.

1. Identification des pratiques d'interdisciplinarité

Chacune des MM porteuse de projets identifiés lors de l'analyse documentaire a été contactée par téléphone et invitée à remplir un auto-questionnaire (Cf annexe) qui lui était adressé par mail. Le questionnaire visait à renseigner le caractère interdisciplinaire des différentes pratiques au sein du projet.

Du côté des WGC, les pratiques d'interdisciplinarité ont été renseignés grâce à des entretiens semi-dirigés de groupe réunissant l'ensemble des professionnels (coordinateur, médecins, infirmiers,...) dans 7 WGC sur la base d'un questionnaire préétabli.

2. Identification des freins et leviers à l'interdisciplinarité

Les freins et leviers à l'interdisciplinarité ont été identifiés par des discussions de groupe auprès des professionnels de santé.

Dans la partie francophone, un questionnaire a été envoyé au niveau des MM et les réponses agrégées ont fait l'objet de discussions de groupe en ateliers lors du Congrès organisé en mars 2011 par la FMMCSF.

Dans la partie néerlandophone, les freins et leviers à l'interdisciplinarité ont été recueillis en même temps que les pratiques d'interdisciplinarité lors de 7 entretiens de groupe organisés dans 7 équipes.

3. Evaluation de la fonction de coordination de soins

Pour apprécier le rôle de la fonction de coordination au sein des MM et WGC et décrire le profil type, nous avons conduit des entretiens individuels auprès de personnes occupant cette fonction dans les MM. Leurs avis ont été recueillis sur différents aspects : comment la coordination des soins est prise en charge? Quelle sont ses tâches, les compétences nécessaires, les conditions de réussite et les difficultés rencontrées ?

Mais en fait la fonction de coordinateur de soins (exercée de façon spécifique) n'était pas disponible du côté des MM ; c'est donc les coordinateurs généraux qui ont été interrogés, certains remplissant cette fonction avec d'autres tâches plus générales.

Du côté des WGC, un questionnaire a été envoyé à 20 WGC et 16 ont répondu dont 6 disposaient spécifiquement de coordinateurs de soins. Les questions concernaient les mêmes éléments explorés du côté des MM avec en plus pour les WGC qui n'avaient pas de coordinateur de soins, leur volonté et motivations à en avoir.

Les informations recueillies ont servi à l'élaboration du profil du coordinateur de soins et ce profil a été discuté et amendé auprès des coordinateurs, coordinateurs de soins et d'autres professionnels en atelier, tant du côté des MM que de celui des WGC.

Chapitre 3 : Clarification de la notion d'interdisciplinarité au regard de la littérature

L'interdisciplinarité nécessite une pluridisciplinarité c'est-à-dire la cohabitation de plusieurs disciplines mais elle est à distinguer de ce concept et de celui de la transdisciplinarité. Les travaux de plusieurs auteurs (Fortier 2002, Roland 2003, Gadoury 2010, Jones et al 2004, Mabry et al 2008) permettent de clarifier ces concepts de la manière suivante :

La pluridisciplinarité

Dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, plusieurs disciplines sont réunies sans qu'il soit tenté d'intégrer ou de synthétiser collectivement l'information. Chacun travaille sur un ou plusieurs aspects de la problématique. Il en résulte donc une simple juxtaposition des données produites dans chaque discipline. Ces données peuvent être éditées et rassemblées par un responsable dont le travail consiste à coordonner le travail de chaque discipline concernée.

La pluridisciplinarité avait été définie par les participants au colloque de 2003 des MM comme une juxtaposition de plusieurs regards (FMMCSF, 2003) au contraire de la monodisciplinarité qui concerne un seul regard.

La transdisciplinarité

La transdisciplinarité consiste à rassembler les savoirs au-delà des disciplines. Elle doit se voir comme une transcendance des disciplines pour considérer les actions plutôt que les disciplines. Comme le préfixe « trans » le suggère, il s'agit donc de dépasser les frontières fixées pour chacune d'entre elles. Son principe essentiel consiste en un refus de diviser le monde et ses problèmes en disciplines. La transdisciplinarité est censée construire ses propres contenus et méthodes à partir des problèmes du monde réel, et ce en exploitant de nombreuses disciplines.

L'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité se situe à un niveau intermédiaire entre les deux précédents. Elle consiste en un processus dans lequel se développe une capacité **d'analyse et de synthèse** à partir des perspectives de plusieurs disciplines. Son objectif est de traiter une problématique dans son ensemble, en identifiant et en **intégrant les relations entre les différents éléments impliqués**. Il tente de **synthétiser et de relier le savoir disciplinaire et de le replacer dans un cadre systémique plus large**.

L'interdisciplinarité peut se concevoir de différentes façons, selon les domaines institutionnels ou professionnels dans lesquels elle est considérée.

Elle permet de **croiser les regards et d'éclairer la problématique sous plusieurs angles** (FMMCSF, 2003).

Au-delà d'un concept, l'interdisciplinarité est donc un mode de fonctionnement qu'une équipe peut adopter. Il existe des conditions nécessaires telles que la présence de plusieurs disciplines, un accord formel et une définition de la mission de l'institution pour que ce mode de fonctionnement puisse être utilisé.

L'interdisciplinarité permet de résoudre des problèmes complexes grâce notamment à la complémentarité des savoirs des différentes disciplines.

La santé étant un problème complexe (déterminants de la santé), une approche interdisciplinaire permet de répondre plus adéquatement aux problèmes réels ou potentiels présentés par la personne, grâce aux connaissances, savoirs, compétences des différentes disciplines.

Cependant, travailler en équipe selon un mode interdisciplinaire nécessite que chacun puisse respecter un certain nombre de règles en matière de gestion d'équipe. La taille des groupes et le nombre de disciplines sont des critères qui rendent ce mode de fonctionnement plus complexe. Dans certains cas, il est donc utile de faire appel à une personne chargée de favoriser les interactions au sein de l'équipe.

Selon le colloque de 2003 organisé par la FMMCSF sur la pluridisciplinarité (FMMCSF 2003), travailler en interdisciplinarité nécessite certains pré-requis tels que l'ouverture d'esprit, le souhait de la confrontation, l'échange, la non-hiérarchie, le souhait de traiter les questions en équipe, l'envie de travailler en partenariat, l'envie d'être moteur de changement, l'inventivité, la créativité.

Des conditions et des règles définissent donc le cadre d'implémentation de l'interdisciplinarité et nous nous sommes servis de ces aspects pour animer les discussions auprès des professionnels de santé des MM et WGC pour recueillir leurs perceptions sur l'interdisciplinarité et les freins et leviers à sa mise en œuvre.

Tableau 1 : Résumé des notions de multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité (Fortier 2002, Gadoury 2010, Jones et al 2004, Mabry et al 2008)

Composantes	Modèle		
	Multidisciplinarité	Interdisciplinarité	Transdisciplinarité
Définition	<i>La multidisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois</i>	<i>L'interdisciplinarité concerne la mise en commun des outils et des savoirs de plusieurs disciplines pour approcher un problème, un thème, ou un objet de recherche</i>	<i>La transdisciplinarité concerne ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline.</i>
Mode de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juxtaposition de disciplines plus ou moins voisines dans les domaines de la connaissance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogue et échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre des disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les connaissances et les méthodes des différentes disciplines s'interpénètrent et s'influencent pour se transformer dans un système total sans frontières stables entre les disciplines
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle médical curatif ▪ Définition par discipline des problèmes ▪ Modèle adapté aux maladies non récidivantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle centré sur le patient, l'apprentissage et l'autonomisation ▪ Définition collective des problèmes ▪ Modèle adapté aux maladies chroniques ou complexes ▪ Valorise la contribution de chaque discipline 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle centré sur l'intégration à la connaissance de tout ce qui n'est pas pris en compte par les disciplines pour replacer l'Homme (le patient et l'agent de santé) en son centre ▪ Approche par niveaux de réalité et d'organisation ▪ Reconnaissance du <i>tiers inclus</i> ▪ Reconnaissance des théories et connaissances analytiques, systémique et anthropologiques
Plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juxtaposition des plans disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration des plans disciplinaires en un plan d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le plan est celui du patient en relation avec une équipe

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Mise en commun des objectifs individuels Travail en parallèle, duplication possible 	<ul style="list-style-type: none"> Intégration et mise en priorité des problèmes, objectifs et interventions Collaboration dans le travail, complémentarité des actions 	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions des uns et des autres s'auto-influencent pour s'enrichir mutuellement et définir des objectifs communs aux prestataires de soins et aux patients
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Traitement basé sur des objectifs intradisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Synchronisation et hiérarchisation des traitements basées sur les objectifs de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> Synchronisation et hiérarchisation des traitements basées sur les objectifs de l'équipe et du patient
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> Gestion polarisée avec leader autocratique Prise de décision par le leader 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion démocratique avec leadership souple Prise de décision de groupe facilitée par le leader 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de leadership unique et invariable dans le temps Les prises de décisions sont prises par consensus Les propositions sont faites au patient Remises en questions continues selon les réactions du patient
Rencontres d'équipes	<ul style="list-style-type: none"> Rencontres d'équipe basées sur des rapports disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Rencontres d'équipe basées sur la solution de problèmes et l'identification de stratégies d'action 	<ul style="list-style-type: none"> Rencontre en équipe basée sur l'intervention à partir des vécus propres à chaque discipline et à chaque personne
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Mode de communication vertical intradisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Mode de communication horizontal interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Mode de communication basé sur le partage des vécus et des analyses

Chapitre 4 : Résultats de l'étude

Pratiques d'interdisciplinarité dans les MM/WGC

Les pratiques d'interdisciplinarité ont été recensées à travers des projets mis en œuvre au sein des équipes des maisons médicales (MM et WGC), complétés par des entretiens téléphoniques du côté des MM et par des discussions de groupe dans les WGC.

Plusieurs projets relevés dans les MM s'intéressaient à des problématiques complexes (tabagisme, comportements alimentaires, promotion de l'activité physique), à des pathologies chroniques (diabète), des problèmes liés au vieillissement et aux changements sociaux (prise en charge des personnes âgées). La mise en œuvre de ces projets a nécessité une intégration des compétences de plusieurs disciplines : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, psychothérapeutes, assistants sociaux, animateurs et accueillants. La plupart des équipes disposaient aussi d'un coordinateur ou coordonnateur de soins qui joue un rôle facilitateur dans l'organisation et la mise en œuvre de l'interdisciplinarité. On peut citer comme projets, les projets d'amélioration de la qualité des soins, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires, la prise en charge des seniors, la lutte contre le tabagisme, la mise en œuvre de l'interdisciplinarité, la prévention et la prise en charge du diabète, la promotion d'une bonne nutrition, la promotion de l'activité physique, la promotion de la vaccination contre la grippe. Aux dires des acteurs, tous ces projets ont constitué des terrains d'apprentissage à l'interdisciplinarité qui étaient nécessaires à leur succès.

Certains outils et pratiques ont facilité le dialogue interdisciplinaire autour des projets. On peut citer :

- La mobilisation de l'équipe autour du projet avec un partage des objectifs;
- Des réunions pluridisciplinaires quotidiennes (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...);
- Des discussions de cas entre plusieurs disciplines;
- Le partage de compétences (et pas seulement de tâches);
- La planification et définition des tâches;
- L'établissement de procédures pour les activités;
- La discussion casuistique (discussion de cas) hebdomadaire ;
- La mise en place de moyens de communication avec les patients (par exemple boîtes à idées dans la salle d'attente).

Il faut remarquer que plusieurs projets engageaient la population soignée qui prend une part active à sa mise en œuvre. Un exemple marquant a été le projet d'une MM de construire une maison de repos pour personnes âgées dans un quartier où vivaient beaucoup de migrants marocains. L'invitation des bénéficiaires à discuter de l'intérêt du projet a permis aux initiateurs de se rendre très vite compte que cela ne correspondait pas aux besoins de cette culture qui avait plutôt une perception différente des maisons de repos.

Un autre projet autour du diabète a requis l'expérience de traducteurs (turcs et marocains) pour pouvoir toucher de manière personnalisée les migrants originaires de ces cultures. Cela a demandé une collaboration avec un organisme extérieur, le CIRE asbl⁵ qui mettait à disposition les traducteurs. Ces derniers ont dû être formés sur la thématique et sont devenues des ressources aussi précieuses que les professionnels de santé pour atteindre les objectifs du projet. La collaboration avec ces « traducteurs-soignants » a été finalement la clé du succès du

⁵ Coordination et Initiatives pour réfugiés et Etrangers

projet. Les activités autour de ce projet incluait essentiellement des séances de discussion avec les patients pour identifier avec eux les comportements à changer et toute l'équipe des soignants intervenait sous le leadership de l'animateur.

En dehors des projets, plusieurs MM s'emploient à faire du dialogue interdisciplinaire un mode fonctionnement général impliquant les différents prestataires.

Du côté des WGC, beaucoup d'expériences d'interdisciplinarité étaient bâties dans des projets et protocoles de soins sous le leadership du coordinateur de soins qui détermine les besoins des patients et des professionnels, organise et coordonne le suivi des actions interdisciplinaires mises en place.

Que ce soit pour des projets spécifiques ou pour le fonctionnement général de la structure, les outils clé de l'interdisciplinarité semblent être la définition de protocoles de soins impliquant plusieurs disciplines et la planification de moments d'échanges entre les prestataires de manière transversale. Ces outils sont en général proposés par le coordinateur ou coordinateur de soins.

Freins et leviers à l'interdisciplinarité

Les freins et leviers à l'interdisciplinarité découlent essentiellement de l'expérience relatée par les professionnels de santé travaillant dans les MM et les WGC.

1. Les leviers

Les leviers à l'interdisciplinarité ont été classés selon qu'ils sont liés à l'individu, à l'institution ou à un niveau macro, sociétal.

Leviers liés aux personnes

Le travail en interdisciplinarité nécessite que chaque intervenant connaisse ses limites et ses ressources, qu'il ait une connaissance claire de sa profession et de sa fonction. Chaque discipline doit faire preuve de compétence. La motivation à collaborer doit être partagée entre les personnes qui travaillent ensemble dans le même objectif (centré sur le patient et sa santé). L'autonomie en tant que personne et en tant que professionnel est aussi essentielle, tout en reconnaissant une certaine interdépendance. La communication efficace entre les personnes est fondamentale. Une relation de confiance et des capacités de négociation sont indispensables.

Leviers liés à l'institution

Les missions et valeurs de l'institution doivent au mieux avoir été définies ensemble et validées par chacun. Il faut qu'une culture interne soit partagée par tous. Le projet peut être rediscuté en groupe.

Le fait d'être sous un même toit est facilitant, des espaces et des temps, tant formels qu'informels sont plus facilement mis en place.

L'autogestion, mode de fonctionnement répandu dans les maisons médicales permet de responsabiliser et d'autonomiser tant les travailleurs que les patients et constitue un bon point de départ à l'interdisciplinarité.

La non-hiérarchie dans les relations professionnelles permet de valoriser les compétences de chacun, condition nécessaire pour l'ancrage de l'interdisciplinarité.

Différents outils sont régulièrement utilisés pour atteindre des objectifs liés à l'interdisciplinarité : le dossier partagé, les règlements d'ordre intérieur, le règlement de travail, la législation, les conventions de collaboration...

Si les maisons médicales travaillent selon un modèle interdisciplinaire, elles font elles-mêmes partir d'un réseau plus large fonctionnant en interdisciplinarité.

Leviers au niveau macro

Le mode de financement au forfait est perçu comme facilitateur. Le forfait permet en effet de ne pas se mettre dans une logique où les différents programmes de soins donnent lieu à paiement. Les patients dans un système forfaitaire ont un accès plus facile, sont fidélisés et des programmes de soins à longue durée, pluridisciplinaires et interdisciplinaires sont plus faciles à organiser.

D'une manière générale, une organisation solidaire entre les prestataires est également porteuse d'un bon dialogue interdisciplinaire au sein des maisons médicales (MM/WGC).

2. Les freins

Les freins ont aussi été classés selon les trois niveaux individuel, institutionnel et macro.

Freins liés aux personnes

Les différents intervenants disent ne pas toujours bien connaître les compétences de leurs collègues. Ils se basent sur leur représentation de chaque profession. La prise de recul tant par rapport à soi que par rapport à sa profession sont parfois difficiles, ce qui limite les possibilités de dialogue interdisciplinaire.

Freins liés à l'institution

Le nombre et la diversité des travailleurs en maisons médicales (MM/WGC) ont augmenté, le nombre de patients aussi et également la complexité des problèmes de santé.

L'autogestion, relativement facile à gérer lorsque les équipes sont petites, nécessite une série d'aménagements lorsqu'elles s'agrandissent.

Freins au niveau macro

Les travailleurs de maisons médicales (MM/WGC) affirment que c'est le modèle biomédical qui est enseigné lors de leur formation professionnelle, alors qu'en maisons médicales (MM/WGC), la référence est un modèle de santé global. Cette discordance rend le travail interdisciplinaire complexe à un certain nombre de professionnels notamment les plus jeunes.

Les modèles enseignés diffèrent aussi d'une discipline à l'autre.

3. Des solutions sont proposées pour lever les freins

Au travers des expériences amenées par les intervenants, de nombreuses solutions peuvent être mises en évidence qui devraient favoriser l'interdisciplinarité autour d'un projet. Nous pouvons en retenir trois particulièrement :

- L'engagement d'une personne pour assurer certaines tâches de coordination quand les équipes s'agrandissent : analyse des besoins de la population, mise en place d'outils, animations,...
- La formation des membres de l'équipe à la problématique de l'interdisciplinarité

- Le partenariat avec d'autres structures quand il le faut pour renforcer les complémentarités et les possibilités d'interdisciplinarité.

Pour la plupart des participants aux groupes de discussions, la fonction de coordination paraît être une solution intéressante pour lever quelques freins.

Les coordinateurs ont eux-mêmes confirmé cette possibilité. En effet, si les coordinateurs de MM estiment ne pas avoir une fonction directe dans la dispense des soins, ils disent néanmoins s'assurer que les soins soient prodigués et organisés de la manière la plus adéquate par les différents professionnels qui doivent intervenir conjointement. Du côté néerlandophone, où la fonction de coordination de soins est bien distincte, la coordination des interventions des professionnels de santé autour d'un patient est déjà plus manifeste et montre tout l'intérêt de cette fonction dans l'interdisciplinarité.

La fonction de coordination en MM/WGC

1. *Qu'est-ce que la fonction de coordination ?*

Selon le contexte dans lequel nous nous inscrivons, la définition du concept de coordinateur sera différente. Dans le système de santé de première ligne hors maison médicale, deux terminologies sont utilisées : le coordinateur de soins et le coordinateur d'aide à domicile. Ces deux fonctions ont pour objectif principal d'organiser des soins pour un patient nécessitant l'intervention de plusieurs disciplines. Il s'agit donc de coordonner au mieux les interventions des différents professionnels qui vont assurer la prise en charge de la personne.

Dans le cas des maisons médicales francophones, le terme de coordinateur n'est pas encore défini de manière claire et uniforme. Cette fonction est apparue récemment dans le paysage des MM et plusieurs appellations sont utilisées pour désigner différents professionnels qui remplissent tout ou partie de cette nouvelle fonction : directeur, gestionnaire, coordinateur de soins, coordinateur d'équipe. Il est donc fondamental de clarifier le concept en partant du contenu et du rôle de cette fonction. La fonction de coordinateur reste plus générale que celle de coordinateur de soins des WGC. Par contre elle se rapproche de la fonction de coordinateur (général) présente dans toutes les WGC.

Dans les WGC, la fonction spécifique de coordination de soins a émergé en 2002 dans un centre et entre 2009 et 2011 dans 5 autres. Suite à l'augmentation de nombre de disciplines et du nombre de patients, la nécessité de coordonner les soins de plus en plus chroniques et complexes, impliquant parfois des professionnels hors de l'institution comme dans les « trajets de soins » devenait évidente. De plus en plus de centres réfléchissent donc actuellement à la possibilité d'intégrer la fonction de coordinateur de soins dans leur équipe.

Dans la suite, quand nous parlons des MM, nous décrivons la fonction de coordinateur alors que pour les WGC, c'est la fonction de coordination de soins qui sera décrite.

2. *Motivations à la création de la fonction de coordinateur*

Tant du côté francophone que néerlandophone, on retrouve plusieurs facteurs qui favorisent la naissance de la fonction de coordinateur au sein des équipes. Nous avons relevé :

- l'augmentation de la taille des équipes
- le nombre croissant de disciplines travaillant dans un même cadre
- la multiplication des temps partiels qui complexifie le travail en termes d'organisation d'horaire et de locaux, de moments de rencontre intra et inter-discipline
- augmentation du nombre de patients avec des pathologies complexes et chroniques nécessitant l'intervention de plusieurs disciplines intra et extra institutions.

L'analyse du nombre de patients des 6 WGC ayant un coordinateur de soins montre un nombre médian de 1990 patients inscrits au forfait. Le plus petit centre avait 1300 patients inscrits et le plus grand 6270. On peut sur cette base fixer un seuil de 2000 patients pour engager un coordinateur de soins. Il faut toutefois nuancer ce seuil avec le nombre d'heures à prester par le coordinateur de soins, le nombre de disciplines présentes et la complexité des problèmes de santé de la patientèle. Ainsi un centre aura moins de problèmes de santé complexes à gérer si sa patientèle est jeune. En ce qui concerne le nombre de disciplines, les MM et WGC sont partisans d'une prise en charge globale du patient comme l'exige la première ligne de soins. Cela nécessite de couvrir des soins curatifs, préventifs et de promotion de la santé. Il faut donc au minimum comme disciplines à coordonner, des prescripteurs de soins (médecins), des dispensateurs (infirmiers), des travailleurs sociaux et de santé mentale et des animateurs en promotion santé.

3. Missions et tâches

Rôle auprès du patient

Les coordinateurs (MM francophones) disent ne pas être en contact direct avec le patient. Si certains ont gardé un pied comme soignant, la majorité d'entre eux n'exercent plus comme praticien. Mais le coordinateur doit s'assurer que les décisions prises par les membres de l'équipe sont appliquées pour le patient. Il est le garant de cette mise en œuvre. Lorsqu'il s'agit de planifier des soins à un patient, le coordinateur s'assure que le soignant le plus adapté s'occupe de cette tâche.

Les coordinateurs de soins au niveau des WGC sont en contact direct avec les patients puisqu'ils combinent cette fonction avec une fonction soignante. Ils coordonnent les actions des différents professionnels autour du patient. La coordination individuelle des soins autour de chaque patient, n'est cependant pas son rôle le plus important mais plutôt l'évaluation et l'organisation de l'ensemble des soins en fonction des besoins détectés afin d'en améliorer la qualité. Le coordinateur de soins gère aussi les conflits entre les patients et les soignants.

Rôle dans la gestion de l'équipe ou des soins

Le coordinateur en maisons médicales joue un rôle plus administratif à l'image du coordinateur général en WGC. Il est généralement décrit comme :

- celui qui fait un trait d'union entre le Conseil d'Administration (CA) et l'équipe. Il prépare les réunions du CA (dossiers à discuter)
- facilitateur des prises de décisions en équipe
- une personne qui supplée les tâches administratives et permet aux soignants de se concentrer sur leur activité de soins (préventifs et curatifs) ;
- celui qui assure une partie de la visibilité de la maison médicale vers l'extérieur ;
- celui qui propose des outils adaptés aux diverses situations pour faciliter la gestion de l'équipe notamment pour ce qui est des procédures administratives;
- le référent capable de trouver d'autres ressources.

Le coordinateur travaille, en respectant les missions et valeurs défendues par les maisons médicales.

Au travers de la gestion des horaires, il s'assure qu'il y a un équilibre entre les différents secteurs de soins de la maison médicale (prévention, curatif et promotion de la santé/santé communautaire)

Le coordinateur de soins en WGC est plus impliqué dans les soins. Il est décrit comme :

- un partenaire direct et privilégié du coordinateur général ;
- quelqu'un qui peut prendre du recul par rapport à sa propre discipline ;
- une personne qui est garant de la qualité des soins : globaux, intégrés, continus;
- quelqu'un qui favorise et coordonne l'interdisciplinarité au sein de l'équipe :
 - en facilitant l'élaboration et l'application des protocoles de soins, en collaboration avec les autres professionnels à des protocoles multidisciplinaires qui tiennent compte des compétences et tâches de chacun ; par ex protocole pour diabète, protocole pour broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
 - en initiant différents outils et méthodes de travail adaptés aux besoins, aux problématiques et aux membres de l'équipe et en veillant à ce que les outils soient correctement appliqués ;
 - en veillant à une bonne adéquation entre la demande et l'offre de soins de l'équipe, ce qui peut conduire à une réorganisation des soins ;
 - en évaluant les attentes des personnes et des différentes disciplines et les mettant en perspectives ;
 - en assurant une médiation pour les conflits entre patients et soignants ou entre professionnels ;
 - en mettant en place un système d'alerte qui lui permet d'être rapidement informé des problèmes qui se posent et en trouvant les solutions qui conviennent.

La gestion humaine interne et externe

Le coordinateur en MM est reconnu comme ayant les responsabilités suivantes :

- il évalue les besoins de formations en lien avec les activités de la maison médicale, recherche des financements pour assurer la demande de soins spécifiques de sa population, introduit des demandes de subsides auprès des autorités compétentes;
- afin de permettre l'adéquation entre la demande de soins et l'offre de soins, et en tenant compte des facteurs économiques, il assure le recrutement (avec une cellule qui est variable en fonction de la maison médicale) et il met en place des outils d'évaluation (bilan d'évolution du personnel, objectifs spécifiques et personnels);
- bien que n'ayant pas de fonction « soignante », il assure auprès du patient les explications concernant le fonctionnement de la MM et en cas de besoin assure le désamorçage de situations potentiellement conflictuelles. Il met également en place des moyens afin de mesurer la satisfaction des patients. Il peut participer aux activités organisées pour et par les patients;
- il évalue l'écart entre les différentes attentes et les solutions offertes;
- il met en place des méthodes de travail adaptées et originales;

En WGC, le coordinateur de soins participe à la gestion de l'équipe de soins (recrutement, engagement, évaluation) mais à celle des autres membres de l'équipe. Il le fait en collaboration avec le coordinateur général. Il évalue également les besoins de formation du personnel soignant.

La gestion administrative et financière

Dans les MM :

- en binôme avec une aide administrative, le coordinateur en MM assure la gestion du forfait et le paiement des salaires ;

- afin de répondre aux différentes législations et pour permettre l'apport des subsides, il assure la rédaction des rapports annuels, la gestion du matériel, des assurances, le suivi des lois ... tout ce qui est nécessaire au bon fonctionnement de la MM ;
- il accompagne le conseil d'administration et l'équipe dans la réflexion, l'apport d'outils, la discussion;
- il recherche des financements pour assurer la demande de soins spécifiques de sa population, introduit des demandes de subsides auprès des autorités compétentes ;
- il assure la gestion financière de l'institution. En collaboration avec le comptable, il s'assure de la santé budgétaire et financière de la MM. Il gère au quotidien les travaux d'entretien de la maison médicale (récolte des « plaintes », budget, appel à entrepreneur ou artisan, paiement des frais, suivi des travaux...), il anticipe les frais courants et exceptionnels, les budgétise, fait appel aux corps de métier.

Le coordinateur de soins (WGC), lui, n'a pas de rôle dans la gestion administrative et financière.

La gestion organisationnelle et environnementale

Le coordinateur en MM est reconnu comme ayant les responsabilités suivantes :

- il assure le bon déroulement des réunions d'équipe en les préparant et en les animant. En outre il s'assure que le contenu des rapports corresponde aux dires et respecte les règles déontologiques. Il délègue cette tâche à un membre de l'équipe lorsque cela est nécessaire ;
- il permet aux membres de l'équipe soignante de s'investir et de s'inscrire dans une démarche de projets en leur servant de référent, de ressource ;
- il assure la communication entre les membres de l'équipe (il joue notamment un rôle de facilitateur dans la communication) ainsi que vers l'extérieur. Pour ce faire, il assure la gestion des courriers électroniques de même que les courriers papiers et les appels téléphoniques ;
- il assure la gestion de l'environnement de travail. Il s'assure notamment que la planification des congés soit adéquate et équilibrée, que l'occupation des locaux soit optimale.

Le coordinateur de soins (WGC) a des responsabilités plus centrées sur l'organisation globale des soins et soutient la collaboration interdisciplinaire et la qualité des soins en fonction des besoins des patients et des prestataires:

- il met en place en concertation avec l'équipe, des procédures cliniques et administratives de collaboration interdisciplinaire ;
- il assure le bon déroulement du suivi de patients nécessitant des soins complexes en organisant et en facilitant la tenue des études de cas ;
- il permet aux membres de l'équipe soignante de s'investir et de s'inscrire dans une démarche de projets en leur servant de référent, de ressource ;
- il veille à une bonne communication entre les membres de l'équipe (joue notamment un rôle de facilitateur dans la communication) ainsi que vers les patients et leur famille lorsque cela est nécessaire.
- Il coordonne et supervise la collaboration avec les partenaires externes.

Mais le coordinateur tout comme le coordinateur de soins doivent être capables d'anticiper les attentes des membres de l'équipe, les problèmes potentiels (humains, logistiques, ...). Ils sont garants de l'application et de la pérennisation des valeurs et missions qui sous-tendent l'existence des maisons médicales (MM/WGC).

Nous avons analysé la fonction de coordinateur dans sa contribution à la qualité des soins à travers les 6 critères retenus par les maisons médicales : efficacité, continuité, globalité, intégration, subsidiarité, satisfaction. Il s'agit d'une analyse comparative (Cf. annexe) qui montre que la fonction de coordinateur, tout comme celle de coordinateur de soins contribuent à la qualité des soins prestés.

La contribution de la fonction de coordination à la qualité des soins est donc importante et elle est soutenue par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Développement informatique

Le coordinateur (tout comme le coordinateur de soins) a besoin d'outils informatiques pour faciliter la gestion de ses activités. Par exemple une informatisation des protocoles de soins interdisciplinaires intégrés au Dossier Santé Informatisé (DSI) permet à chaque prestataire de remplir convenablement son rôle spécifique auprès du patient.

Le coordinateur de soins doit tirer profit de l'évolution de l'informatique pour améliorer la gestion des activités interdisciplinaires. Un exemple simple serait la possibilité pour les patients de prendre rendez-vous en ligne aisément du moment où ils peuvent consulter la disponibilité des soignants. Un autre exemple est la portabilité du DSI au domicile du patient permettant d'enregistrer aisément les soins donnés. L'enregistrement et l'analyse informatique rapide des données doit permettre en peu de temps d'évaluer les activités de la MM ou de la WGC et de prendre les décisions qui s'imposent.

S'il faut tirer profit des nouvelles technologies, le coordinateur doit cependant veiller à choisir convenablement les outils les plus simples, les plus adaptés, utiles et moins coûteux et ne pas faire une course effrénée aux dernières découvertes. Enfin le coordinateur (général ou de soins) a le devoir d'organiser la formation du personnel et de le motiver à l'utilisation des outils informatiques mis en place pour faciliter la coordination et l'interdisciplinarité.

Rapport entre coordinateur de soins et coordinateur de services de soins intégrés à domicile (SISD)

En Belgique, les SISD sont des services agréés par zone de soins par les pouvoirs publics et qui sont chargés de la coordination des organismes et institutions d'aide et de soins à domicile. Le coordinateur de SISD coordonne donc l'intervention de plusieurs prestataires appartenant à divers services ou centres, au domicile du patient. Son rôle se situe à un niveau d'administration et d'organisation. Dans le cas des WGC/MM, le coordinateur de soins coordonne plutôt des prestataires appartenant à un même centre et cela autant pour les soins dans le centre qu'à domicile. Son rôle est plus large auprès de l'équipe (initiatives, analyse des besoins, qualité des soins...). Cependant un coordinateur de soins de WGC/MM peut établir le contact avec un coordinateur de SISD pour intégrer le patient dans un réseau de soins à domicile. Le coordinateur de soins peut aussi engager la MM/WGC dans une réunion de concertation multidisciplinaire au niveau du SISD.

4. Profil du coordinateur de soins

Profil du coordinateur de soins en WGC

C'est un soignant, qui travaille dans le centre depuis quelques années. Sa bonne connaissance du quartier et du réseau a été mentionnée comme un élément important. Il est communicatif, et porteur de la mission et vision des WGC.

Il y a deux professions qui exercent cette fonction. Sur les 6 coordinateurs de soins répertoriés, 5 étaient médecins et seul un était infirmier.

Le temps de travail des coordinateurs de soins varie selon les structures, leur taille (nombre de disciplines) et la patientèle, nombre de patients soignés. Il est variable mais peut aller jusqu'à un mi-temps.

Profil du coordinateur en maisons médicales

- Le coordinateur en maisons médicales a comme formation minimale un graduat/baccalauréat, mais un master est requis. De plus il a suivi des formations parmi les suivantes : informatique, gestion de ressources humaines, santé publique, législation, communication.
- La connaissance des lois (ASBL, Région wallonne, Communauté française, sociales, ...), des techniques d'animation, de désamorçage de conflits, une souplesse, une adaptabilité, une rigueur, un esprit critique, un esprit d'analyse sont reconnus comme autant de facteurs facilitant le travail du coordinateur
- Son temps de travail n'est pas fixé de manière définitive, il évolue au cours du temps. Mais il est au minimum d'un mi-temps. Ce temps de travail dépend du nombre de patients, des moyens de la maison médicale, du nombre de soignants, du nombre de disciplines représentées au sein de la maison médicale, et de la variété des tâches demandées.

5. Difficultés de la fonction de coordination (et de coordination de soins)

La toute première difficulté évoquée tant par les coordinateurs que les coordinateurs de soins est l'immensité du travail à faire face au peu de temps dont ils disposent. Il est difficile de combiner la fonction de coordination de soins avec les prestations des soins de santé. Les missions définies ne sont pas toujours très claires, de même que leur niveau de responsabilité et leurs limites. De nombreuses tâches ont tendance à être laissées progressivement à leur charge.

Il est complexe, pour les coordinateurs, de « reprendre » l'intégralité de ces tâches en une fois et une délimitation plus précise semble s'imposer.

6. Attentes des coordinateurs de soins

Face aux difficultés rencontrées, les coordinateurs et coordinateurs de soins ont des attentes pour faire reconnaître la fonction, la vulgariser et faciliter l'exécution de leurs missions.

Les coordinateurs et coordinateurs de soins attendent de leur institution qu'elle :

- définisse les missions et valeurs qu'elle défend dans le but de mieux les opérationnaliser ;
- définisse un profil de fonction avant l'engagement, afin notamment de faciliter le processus de légitimation de leur fonction ;
- définisse clairement le(s) mandat(s) du coordinateur et coordinateur de soins ;
- définisse la collaboration avec les autres secteurs ;
- définisse en collaboration avec le Conseil d'administration, les tâches et les évalue régulièrement ;
- définisse clairement leur lien avec le Conseil d'administration et l'ensemble de l'équipe ;
- définisse les enjeux de pouvoir, les limites de leur champ d'action ;
- définisse la place du coordinateur au sein de l'organigramme en tenant compte du mode de gestion spécifique aux maisons médicales.

Chapitre 5 : Discussions

L'interdisciplinarité est un mode de fonctionnement des équipes pluridisciplinaires visant à mettre au profit de chacun des professionnels et des patients les compétences de chaque discipline. Son intérêt est reconnu par les prestataires des MM et WGC. Ils estiment que l'interdisciplinarité permet de prendre en compte un plus grand nombre de déterminants de santé à la fois et donc d'avoir des résultats plus importants et avec plus d'efficacité. La preuve de l'efficacité de l'interdisciplinarité dans l'amélioration de la qualité des soins est reconnue au cours de cette étude et établie dans la littérature (Rinfret et al 2009).

Elle est mise en œuvre dans les équipes des MM et des WGC à travers des projets d'équipes (décrits en annexes) et l'organisation des soins au quotidien. Plusieurs instruments mis en place favorisent le dialogue interdisciplinaire et les valeurs défendues par les MM et WGC comme l'autogestion, la non-hiérarchie et le forfait sont des facteurs favorisant l'interdisciplinarité. Plusieurs conditions reprises également dans la littérature ont été soulignées par les acteurs des MM et WGC pour faire de l'interdisciplinarité une réalité. Il s'agit entre autres, de la volonté des travailleurs de fonctionner en interdisciplinarité, le respect des compétences des uns et autres dans une relation de travail transversale et de confiance et la nécessité d'avoir un leadership pour ce mode de fonctionnement.

Des obstacles à l'interdisciplinarité ont été soulignés par les acteurs des MM et WGC et méritent des solutions pour concrétiser sa mise en place.

Nous analysons ici ces obstacles et les solutions possibles en confrontant les résultats de notre étude aux données de la littérature.

Lever l'obstacle de l'enfermement disciplinaire

(Pringles et al 2000, Perron et al 2008, Doumont et al 2001, Jones et al 2004, Fortier 2002, Gadoury 2010)

L'un des obstacles évoqués à l'interdisciplinarité provient de la formation purement biomédicale orientée vers un certain enfermement disciplinaire. Pour lutter contre la logique disciplinaire pure, il faudra introduire dans la formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers...), la logique collaborative et interdisciplinaire dans le cadre des soins de santé primaires. Pour certains auteurs, « l'éducation interdisciplinaire devrait être obligatoire dans tous les programmes d'éducation professionnelle avant l'exercice de la profession » avec pour objectif « que chaque professionnel prenne conscience du savoir, des habiletés et des attributs que les collègues de différentes disciplines apportent avec eux ». Le corollaire de l'enfermement disciplinaire est ce que décrivent les professionnels de MM et de WGC comme la faible connaissance des autres disciplines et le manque de recul pour aller vers un dialogue interdisciplinaire. Les membres d'équipes appartenant à plusieurs disciplines auront des savoirs et des valeurs différentes, issues de leur discipline. La compréhension de son propre « modèle conceptuel » et de ceux des autres disciplines est nécessaire au travail en commun. Les membres de l'équipe doivent ainsi :

- mieux comprendre et apprécier l'apport d'autres disciplines et leur contribution possible au cours du projet;
- mieux comprendre le langage spécifique de leurs collègues et mieux communiquer avec eux;
- mieux voir les différences et les similarités avec leur propre discipline.

Dans un travail interdisciplinaire, les produits de chaque discipline doivent être comparables et complémentaires. On va de l'indépendance à la consultation puis l'interdépendance dans une

relation de partenariat et de partage. Les produits doivent être présentés dans un langage compréhensible pour les autres et qui puissent être intégrés dans le résultat collectif.

Les acteurs des MM et WGC n'ont pas manqué de souligner les conflits qui surgissent lors du fonctionnement en équipe interdisciplinaire. Selon la littérature, ces conflits entre visions disciplinaires sont cependant inévitables et sont l'essence même de la recherche interdisciplinaire. La raison d'être de ces conflits réside dans le fait de trouver, pour l'équipe, un moyen d'intégrer les concepts et méthodes de manière à utiliser les avantages comparatifs.

Pour ce faire, les membres de l'équipe doivent avoir la volonté de collaborer et de renoncer en partie à leur contrôle. Afin de résoudre ou de prévenir un conflit, il faut éviter de s'enfermer dans des disputes sur les questions théoriques et retourner sans cesse au projet. Une communication efficace réduit les conflits à un niveau gérable. Pour atteindre ce but de manière optimale, les procédures doivent permettre aux différentes disciplines de s'exprimer tout en ancrant les conditions individuelles au travail de l'équipe.

Dans les projets développés dans les maisons médicales (MM/WGC) qui ont un caractère interdisciplinaire, le dialogue à travers des réunions périodiques a constitué l'un des outils de choix. Il s'agit d'un dialogue transversal sans hiérarchie qui valorise chaque discipline dans le but commun, l'amélioration de la qualité des soins et de la santé des populations.

Outre l'acceptation mutuelle des disciplines, le modèle interdisciplinaire nécessite des règles, des conditions et un cadre bien défini, connus et acceptés de tous.

Favoriser un modèle interdisciplinaire cohérent

(Doumont et al 2001, Gadoury 2010)

Les travailleurs de MM et WGC ont mis en évidence quelques leviers importants pour l'efficacité du travail interdisciplinaire. 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. Ces éléments sont aussi reconnus dans la littérature. En effet, pour que les équipes interdisciplinaires travaillent de manière efficace, il est important qu'elles se mettent d'accord sur un modèle commun. Un modèle interdisciplinaire ne doit pas être perçu comme une suite rigide d'étapes, applicable à toute situation, mais au contraire comme un modèle élaboré par l'équipe en fonction de ses besoins. Le modèle varie donc en fonction du temps et sera différent d'une équipe à l'autre. En même temps qu'une approche commune, l'équipe interdisciplinaire a besoin d'un cadre conceptuel commun qui peut intégrer les perspectives de toutes les disciplines. Ce cadre est défini par les concepts systémiques. Les outils qui développent et promeuvent les concepts systémiques sont adaptés au travail interdisciplinaire.

Pour pouvoir travailler efficacement en équipe interdisciplinaire, la littérature souligne un certain nombre de pré-requis :

- parvenir à s'accorder sur le thème général (que ce soit la mission de base ou des missions plus spécifiques): l'équipe doit atteindre un consensus sur les objets et le cadre, afin de pouvoir les opérationnaliser ultérieurement;
- définir les apports possibles de chaque discipline: les contributions de chaque discipline doivent pouvoir être explicitées clairement. Pour chaque discipline, il faut mettre en évidence les concepts et leur pertinence ainsi que les échelles qui permettent d'opérationnaliser les concepts ;
- ensuite, l'équipe peut évaluer les différences et complémentarités entre disciplines et prendre des décisions quant à leurs avantages comparatifs respectifs, les étapes qui composeront son modèle, la sélection des outils et la répartition des tâches ;
- Synthétiser les savoirs et identifier les lacunes: une fois les savoirs de chacun passés en revue, l'équipe doit parvenir à un accord sur le cadre commun. Pour ce faire, il faut

pouvoir évaluer si les savoirs disciplinaires sont suffisants, ou s'il y a nécessité de recourir à une discipline supplémentaire.

Il y a des éléments fondamentaux à considérer à chaque étape de la construction d'une équipe interdisciplinaire :

- reconnaître la diversité et résister à la tentation du consensus : 2 concepts cohérents mais différents valent mieux qu'un concept hybride et incohérent;
- éviter les discussions théoriques stériles et ne pas hésiter à se rendre sur le terrain et vérifier la validité/faisabilité des concepts;
- clarifier les responsabilités individuelles lors de chacune des étapes, ainsi qu'en matière de leadership;
- préciser un emploi du temps concernant les moments d'échange d'information et d'évaluation des contributions ;
- définir une procédure d'évaluation des contributions individuelles et de la prise de décision pour la suite des opérations.

Dans la plupart des pratiques d'interdisciplinarité que nous avons observées, les objectifs du projet sont unanimement partagés, les rôles de chacun définis et des moments de rencontre sont prévus pour évaluer régulièrement l'atteinte des objectifs.

Prendre en charge la compétence individuelle pour composer la compétence collective

(Rinaldi 2001, Fortier 2002, Louargant 2003)

Le travail interdisciplinaire ne signifie toutefois pas la participation de chaque membre à toutes les activités. Il est vital pour les équipes d'identifier les contributions de chaque discipline, les compétences individuelles, et par conséquent de programmer et de répartir les tâches.

Trouver un équilibre optimal entre le travail individuel et le travail collectif est en soi un défi pour les équipes interdisciplinaires.

Une équipe interdisciplinaire ne peut se montrer compétente que si ses membres le sont dans leur propre discipline. Les équipes interdisciplinaires sont plus efficaces dans l'analyse des sujets complexes (comme les soins de santé), mais cette efficacité repose entièrement sur la capacité de leurs membres à alimenter la réflexion collective par une analyse pertinente de l'information. Une erreur dans la maîtrise d'une méthode inhérente à une discipline amoindrit la capacité d'une équipe à rassembler des informations pertinentes et valides. Pour Megie (2001) cité par Rinaldi, l'interdisciplinarité ne peut fonctionner que si l'équipe est composée de personnes compétentes, porteuses d'un savoir scientifique et technique de grande qualité et fondé sur une maîtrise forte des disciplines.

Cela suppose que l'équipe doit investir dans la formation de ses membres afin d'actualiser leur connaissance et compétence au service de tous.

Cela est d'autant plus important que l'incompétence d'un ou plusieurs membres dans leur discipline peut avoir l'un des effets suivants :

- prédominance de la perspective de l'une des disciplines : des personnes plus compétentes ou sachant mieux articuler leur point de vue vont imposer l'orientation de leur discipline, même si celle-ci n'est pas la plus pertinente;
- retrait du projet : les personnes les plus compétentes peuvent ressentir du découragement et adopter une attitude passive;

- réduction au plus petit commun dénominateur : des erreurs de la plupart des personnes peuvent aboutir à une analyse superficielle, basée sur les informations les plus simples et les plus faciles à comprendre.

L'apprentissage de l'interdisciplinarité

(Mabry et al 2008, Partoune 1999)

Selon les équipes des MM et WGC, la mise en place d'une équipe interdisciplinaire nécessite un apprentissage et du temps. Les compétences sollicitées de chacun vont au-delà des compétences professionnelles strictes.

Ces éléments sont aussi reconnus dans la littérature. En effet, même avec des objectifs partagés et des compétences reconnues, l'interdisciplinarité pour être efficace, nécessite de la part des membres de l'équipe d'avoir des qualités de communicateur et d'avoir un esprit de tolérance et de partage. L'équipe doit pouvoir profiter de la diversité de ses membres en termes d'expérimentation, d'évaluation et de capitalisation, pour de meilleurs résultats. Certaines des conditions nécessaires pour cela sont:

- L'ouverture des membres de l'équipe à la diversité: la diversité des points de vue constitue la particularité des équipes interdisciplinaires. Cette diversité vient de la formation initiale, mais aussi des diversités culturelles et sociales. Une équipe interdisciplinaire doit considérer les problèmes sous des angles différents afin de trouver les meilleures solutions. Sans cette approche, elle risque de s'enfermer dans une « pensée de groupe ». Cela nécessite un esprit ouvert et une façon positive de réagir aux conflits.
- Une procédure d'évaluation de l'apprentissage: l'apprentissage est un processus itératif. Des feed-back réguliers sont nécessaires pour s'assurer de la validité du contenu du travail en cours.
- Des compétences sociales: en plus des compétences propres à leur discipline, chaque membre doit pouvoir communiquer avec les autres et gérer ses émotions et expressions ainsi que celles des autres. Une adaptation de son comportement aux besoins des autres est une qualité requise.
- La reconnaissance de l'interdépendance dans l'équipe: il faut que chaque membre de l'équipe soit conscient que sa propre réussite dépend de celle de ses co-équipiers. La multidisciplinarité doit évoluer vers l'interdisciplinarité puis la transdisciplinarité. A cette étape les savoirs des différentes disciplines se fusionnent et détruisent la logique disciplinaire. C'est ainsi que de nouvelles disciplines voient le jour comme complément indispensable aux disciplines existantes aux frontières du biomédical et du psychosocial.
- Un soutien mutuel entre les membres de l'équipe : les objectifs de l'équipe seront mieux servis par un soutien mutuel. En encourageant ses co-équipiers, chaque membre de l'équipe améliore ses propres performances et donc, la performance de l'équipe. Le soutien mutuel peut se manifester dans diverses situations, circonstances (assistance en cas de besoin, partage des ressources, critique constructive des idées, rappel permanent des objectifs à atteindre).
- L'apprentissage de l'interdisciplinarité se construira davantage autour de projets de soins ou de patients présentant des problèmes complexes. Des exemples de projets de soins cités dans la littérature sont la gestion de la douleur d'origine cancéreuse chez l'enfant (Menossi et al 2008), la prise en charge en ambulatoire de patients néphropatiques (García García et al 2011), la gestion de comorbidités comme l'association entre un diabète, une hypertension artérielle et des problèmes psychosociaux (Perron et al 2008).

Manager la taille de l'équipe et des disciplines

(Van Dusseldorp et al 1994, Gadoury 2010)

Les professionnels de MM et WGC ont souligné la complexité que constituent les grandes équipes pour le travail interdisciplinaire. Ils ont aussi souligné la facilité du modèle interdisciplinaire intra institution par rapport à l'interdisciplinarité impliquant des partenaires extérieurs. Les équipes doivent veiller donc à se constituer de sorte à ce que leur taille favorise la communication et l'interaction aisée entre les disciplines. L'apport d'un coordinateur de soins est apprécié pour les grandes équipes (à partir de 2000 patients).

Nissani (1995) nous apprend que le degré d'interdisciplinarité peut être très variable. Quelques critères permettent de la caractériser :

- Le nombre de disciplines impliquées
- Le degré de similarité entre les disciplines
- La nouveauté et la créativité impliquée dans l'association des disciplines
- Leur degré d'intégration

Van Dusseldorp et al (1994) propose une typologie de l'interdisciplinarité selon plusieurs caractéristiques (tableau 2).

Tableau 2 : typologie de l'interdisciplinarité, van Dusseldorp et Wigboldus, 1994

	Interdisciplinarité étroite	Interdisciplinarité large
Types de disciplines	Paradigmes similaires Méthodes similaires ⇒ Résultats faciles à intégrer	Paradigmes différents Méthodes différentes ⇒ Résultats difficiles à intégrer
Nombre de disciplines	Peu de disciplines impliquées ⇒ Communication simplifiée	Nombreuses disciplines impliquées ⇒ Communication complexe
Lieu de travail des membres de l'équipe	Membres de l'équipe travaillant au sein d'une même organisation ⇒ Communication et organisation simplifiée	Membres de l'équipe travaillant au sein de différentes organisations ⇒ Communication et organisation complexes
Culture des membres de l'équipe	Membres de l'équipe partageant la même culture ⇒ Communication simplifiée	Membres de l'équipe issus de différentes cultures ⇒ Communication complexe

Importance d'un leadership et place du coordinateur de soins

(Gadoury 2010)

Dans la plupart des projets de maisons médicales (MM/WGC) analysés, il a souvent été identifié un leader pour susciter l'enthousiasme et la participation de tous. Ce leadership a été conduit

par différents professionnels selon les projets. Nous avons remarqué que le leader était souvent le professionnel qui a initié le projet ou dont la compétence semble la plus utilisée dans le cadre du projet. En exemple un projet « prévention tabac » avec comme leader, un agent de santé communautaire ou un assistant social, un projet « nutrition » placé sous le leadership du diététicien. Si l'on reconnaît une certaine aptitude à ces personnes, la littérature recommande de faire attention à ne pas retomber dans le piège de la logique disciplinaire où à chaque projet l'on reconnaîtrait des acteurs principaux compte tenu de leurs compétences disciplinaires. Le leader a besoin d'autres aptitudes que son savoir disciplinaire, pour rassembler et coordonner l'équipe autour du projet.

Il est intéressant ici de se poser la question de savoir si le leadership peut être incarné par le coordinateur de soins ou le coordinateur. Nous pensons qu'un bon coordinateur n'est pas forcément un leader et que les équipes doivent composer avec les compétences de chacun.

Cependant, dans les équipes rencontrées sur le terrain, la fonction de coordinateur de soins est apparue comme celle qui vient soutenir l'interdisciplinarité en organisant les programmes de soins qui impliquent plusieurs disciplines pour un même patient. Le coordinateur de soins organise et évalue les procédures et protocoles de services pour une cohérence et une efficacité dans l'offre de soins en fonction des besoins spécifiques des patients et des prestataires. Les coordinateurs (MM) se définissent comme facilitateurs du travail des autres. S'ils disent être utiles au fonctionnement de l'institution, ils disent aussi qu'ils ne sont pas indispensables (fonction nouvelle, qui n'existent pas dans toutes les maisons médicales). Cependant, ils ont l'impression de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, et donc d'être un maillon dans le respect de la mission et des valeurs défendues par les Maisons Médicales. En somme le coordinateur peut être vraiment le leader, mais son rôle est surtout de favoriser les leviers et de lever les freins à l'interdisciplinarité.

La fonction de coordinateur général est devenue une habitude dans les WGC et permet d'alléger les tâches administratives aux soignants qui doivent se concentrer sur les soins. Cette fonction est encore émergente dans les MM. Elle est à distinguer de la fonction de coordinateur de soins, plus orientée vers l'organisation des soins et des projets de santé que vers les activités de gestion administrative, de ressources humaines ou financières. En MM, cette fonction se confond encore parfois avec celle de coordinateur général, ce qui ne permet pas de consacrer plus de temps à l'interdisciplinarité autour des soins ou des projets de santé.

En ce qui concerne le profil du coordinateur de soins, nous avons vu que 5 coordinateurs sur 6 en WGC étaient des médecins. Cela pose la question de l'évolution des fonctions de médecin. Ce rôle est-il le plus efficace pour les médecins dans le contexte de pénurie médicale et des relations traditionnellement hiérarchiques dans le corps de la santé ?

Selon la description de la fonction de coordinateur général en Maisons médicales (MM/WGC), dressée par l'Institut de Classification de Fonctions (Cf annexe), ce dernier assume la responsabilité d'établir des stratégies pour la politique de gestion du personnel, la gestion financière et le fonctionnement général de la Maison Médicale et ceci, en étroite collaboration avec l'équipe. Par contre le coordinateur de soins s'occupe de « gérer la collaboration multidisciplinaire afin de garantir la qualité des soins de première ligne et d'en faciliter l'accès ». La description des profils selon l'IFIC mentionne toutefois que le coordinateur général joue un rôle dans la qualité des soins en organisant les réunions de collaboration multidisciplinaire en l'absence d'un coordinateur de soins. Les professionnels des MM et WGC précisent la nécessité de clarifier les rôles et profils des deux fonctions pour faciliter leur mise en place au sein des équipes.

Conclusions, recommandations et perspectives

L'interdisciplinarité est un mode de fonctionnement utilisé par les travailleurs de maison médicale. Elle devient une nécessité évidente face à l'augmentation de soins complexes et chroniques en première ligne, liée 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 (Rinfret et al 2009).

La présente étude permet de constater que :

- **L'interdisciplinarité est manifeste** dans les équipes des maisons médicales et WGC à travers les pratiques de soins et les projets mis en place.
- L'interdisciplinarité se matérialise à travers des **outils de gestion** qui sollicitent la collaboration transversale des différentes disciplines autour de projets de soins ou de santé.
- 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 individuels et collectifs des populations et des prestataires de soins, par l'identification des disciplines nécessaires à un projet de soins ou de santé et leur coordination à travers les partages de responsabilités transversales et non hiérarchiques. De façon plus concrète le coordinateur de soins apporterait un soutien à la qualité et à l'interdisciplinarité en élaborant avec l'équipe des protocoles standardisés de soins impliquant différentes disciplines et en organisant des moments de discussions entre elles. Il serait aussi garant de l'établissement des collaborations avec l'extérieur (hôpital, autres institutions de première ligne), en œuvrant pour une articulation des soins entre les soignants de l'institution et l'extérieur. Pour favoriser cette collaboration, il doit œuvrer à étoffer son réseau de contacts extérieurs.
- 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.
- Mais l'interdisciplinarité ne peut être effective si les équipes ne sont pas assez sensibilisées à la question, voire formées. A ce titre, **des règles de fonctionnement et un environnement de soins favorables** au dialogue interdisciplinaire doivent être une préoccupation dans les équipes de soins.
- Si l'on a assez mis en évidence l'intérêt de la fonction de coordination de soins, celle 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. Les guides actuels sont en général mono disciplinaires ou partagent des responsabilités sans identifier des moments de partage entre les disciplines.
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**. Les étapes seraient de clarifier le profil et les charges de la fonction, mener la réflexion sur la formation spécifique nécessaire à cette fonction et la manière de l'assurer (modules intégrés dans la formation de tout soignant dans les écoles et instituts, formation continuée ou création spécifique de modules aboutissant à la délivrance d'un diplôme de coordinateur de soins).
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 : une étude quasi-expérimentale est envisageable, comparant la qualité des soins, la satisfaction des clients et des professionnels dans des équipes ayant un coordinateur de soins par rapport aux autres (Tremblay et al 2011).
- Continuer à **évaluer 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.

Références bibliographiques

1. Burdet D, Synthèse de l'enquête sur les activités en pluridisciplinarité au sein des maisons médicales, Fédération des maisons médicales, 33 pages, mai 2003, non publié.
2. Charte des maisons médicales et des collectifs de santé francophones – janvier 2006
3. De Munck P, Paligot F, Barbosa V, Heymans I, Somassè E, Saint-Amand F, Caremans B, Druyts I, Macq J. Les métiers de demain de la première ligne de soins. Bruxelles : Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; 2011.
4. Doumont D, Sandrin-Berthon B. Comment favoriser la synergie des différents acteurs de terrain dans le cadre d'un projet de santé ? Série de dossiers documentaires. Bruxelles : UCL-RESO/Unité d'Education pour la Santé ; 2001
5. Fédération des Maisons Médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF). De la valse à trois temps à la valse à mille temps. Harmonie et diversité des secteurs professionnels en maison médicale, la pluridisciplinarité. Actes du XXe colloque de la Fédération des maisons médicales. Bruxelles: FMMCSF; 2003
6. Fédération des Maisons Médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF). Pluridisciplinarité, transdisciplinarité, les actes. Bruxelles: FMMCSF; 2003. Non publié.
7. Fortier I. Le défi humain de multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité. Sources-ENAP 2002 ; 17(1) :1-6
8. Gadoury M. Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne : perspective canadienne et internationale. Québec : Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal ; 2010.
9. García García M, Valenzuela Mújica MP, Martínez Ocaña JC, del Sol Otero López M, Ponz Clemente E, López Alba T, Gálvez Hernández E. Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. *Nefrologia* 2011;31(1):84-90
10. Jones L, Way D. Prestation de soins primaires aux Canadiens : collaboration entre les infirmières et infirmiers praticiens et les médecins. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada/Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens ; 2004.
11. Louargant S. De l'interdisciplinarité proclamée à la multidisciplinarité évoquée : le territoire comme enjeu des territoires disciplinaires : Une lecture transversale. In Michel de Bernardy et Bernard Debarbieux, dir. Le territoire en sciences sociales, Approches disciplinaires et pratiques de laboratoire. Grenoble : CNRS-MSH-Alpes ; 2003. p.185-206.
12. Mabry PL, Olster DH, Morgan GD, Abrams DB. Interdisciplinarity and Systems Science to Improve Population Health: A View from the NIH Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Am J Prev Med* 2008; 35(2 Suppl): S211–S224
13. Menossi M, de Lima RAG, Correa AK. Pain and the challenge of interdisciplinarity in child care. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(3):489-94
14. Partoune C. L'approche interdisciplinaire, in Recherche inter réseaux en éducation sur les compétences terminales. Liège : Université de Liège ; 1999.
15. Perron NJ, Perone N, Kruseman M, Bischoff A. Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ? *Santé conjugée* - octobre 2008 ; 46 :73-7
16. Pringle D, Levitt C, Horsburgh ME, Wilson R, Whittaker M-K. Interdisciplinarity collaboration and Primary Health Care Reform. *Canadian Journal of Public Health* 2000; 91(2): 85-6
17. Rinaldi I, Rey H. L'interdisciplinarité, une pratique indisciplinée. *Revue Médicale Suisse* 2001 ; 3034 : 2205-7
18. Rinfret S, Lussier M-T, Peirce A, Duhamel F, Cosette S, Lalonde L, Tremblay C, Guertin M-C, Leloir J, Turgeon J, Hamet P. The impact of a multidisciplinary Information Technology –supported program on blood pressure control in primary care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:170-177
19. Roland M, Multi- inter- et trans-disciplinarité : quels concepts?, 9 pages, mai 2003, non publié.
20. Tremblay D, Roberge D, Cazale L, Touati N, Maunsell E, Latreille J, Lemaire J. Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. *BMC Health Services Research* 2011, 11:144
21. Van Dusseldorp, S. and D. Wigboldus. 1994. Interdisciplinary Research for Integrated Rural Development in Developing Countries. *Issues in Integrative Studies* 12:93-138

Liste des annexes

Annexe 1. Questionnaires utilisés dans le cadre de l'étude

- A. Questionnaire pour la description des projets en vue du Congrès des maisons médicales en mars 2011
- B. Synthese van de resultaten van de bevraging in verband met interdisciplinaire samenwerking
- C. Questionnaire aux maisons médicales pour identifier les coordinateurs
- D. Questionnaire aux coordinateurs pour préciser leur profil de fonction
- E. Vragenlijst wijkgezondheidscentra over zorgcoördinatie

Annexe 2. Concernant la description de projets réalisés en maison médicale

- A. Synthèse thématique d'entretiens et de projets
- B. Descriptifs de projets récoltés en 2003 et 2011 (extrait)

Annexe 3. Coordinateur et coordinateur de soins : tableau comparatif d'après les rencontres avec des professionnels du terrain

Annexe 4. Profils de fonction de l'Ific et de l'étude métiers : le coordinateur et le coordinateur de soins

- A. Algemeen coördinator wijkgezondheidscentrum (Ific)
- B. Coordinateur général maison médicale (Ific)
- C. Zorgcoördinator wijkgezondheidscentrum (Ific)
- D. Coordinateur des soins maison médicale (Ific)
- E. Directeur administratif (ou coordinateur général) (métiers)
- F. Coordinateur de soins à domicile (métiers)



Direction générale soins de santé primaires et gestion de crise

Eurostation II
Place Victor Horta 40 bte 10
1060 Bruxelles

Tél. : 02/524 97 97 (contact center)
Fax : 02/524 98 16

www.sante.belgique.be
info@sante.belgique.be

ETUDE RÉALISÉE PAR :



Vooruitgangsstraat 333 bus 10
1030 Brussel
02 265 01 64
info@vwgc.be
<http://www.vwgc.be/>

EN COLLABORATION AVEC :



boulevard du Midi 25/5
1000 Bruxelles
02 514 40 14
fmm@fmm.be

www.maisonmedicale.org