

Prémises à la fonction de coordination de soins

Frédéric Palermini,
coordinateur
de l'intergroupe liégeois.

Suite à différentes questions qui se sont posées dans certaines maisons médicales à Liège en 2013, l'intergroupe de cette région tente de définir les contours d'une fonction de coordination des soins en maison médicale. Un groupe s'est mis au travail et sa réflexion connaîtra encore de nouveaux développements puisque un projet-pilote démarre en janvier 2016 : à suivre avec intérêt ! Frédéric Palermini en présente ici la synthèse : enjeux, modalités, perspectives.

L'intergroupe liégeois est une asbl issue des maisons médicales de la province de Liège ; une de ses missions est de soutenir le travail des maisons médicales (vingt-trois à ce moment) membres de la Fédération des maisons médicales œuvrant sur le territoire.

Les origines d'un projet

Un groupe de travail pluridisciplinaire, coordonné par l'intergroupe liégeois des maisons médicales s'est mis en place en 2013 avec des travailleurs appartenant à neuf équipes. Il a entamé ses réflexions à partir de divers documents, dont le rapport interdisciplinarité des fédérations¹ et la fiche de fonction d'un coordinateur de soins réalisée par l'Institut de classification de fonctions (IF-IC)² décrivant ses missions, responsabilités et tâches.

L'analyse et les propositions élaborées à l'issue de cette première étape ont été proposées à cinq équipes, à travers des grilles d'observation relatives à la mise en œuvre des responsabilités et tâches de coordination générale et de coordination des soins.

1. <http://www.maisonmedicale.org/Metiers-de-la-premiere-ligne-et.html>

2. <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/documents/ie2image/19079171.pdf>

Le sens d'une fonction de coordination des soins

La mise en œuvre d'une fonction de coordination des soins vise à répondre à un enjeu transversal défini comme suit par le groupe de travail : « Elaborer une réponse de qualité (satisfaisante, efficiente, praticable, respectueuse de nos valeurs, etc.) à l'élargissement des équipes en nombre de personnes, en diversité de compétences, en complexité, en réponse à la croissance et à la complexification des besoins des usagers ».

Les objectifs généraux d'une telle fonction sont dès lors assez larges : il s'agit d'une part de veiller à la qualité des soins dispensés et à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins et demandes des patients ; d'autre part, d'encadrer le personnel soignant, de soutenir et de coordonner les collaborations internes et externes. Ces objectifs généraux sont déclinés de manière opérationnelle de la manière suivante :

- Faciliter l'élaboration et l'application des protocoles de soins ;
- Initier différents outils et méthodes de travail adaptés aux besoins, aux problématiques et aux membres de l'équipe ;
- Evaluer et articuler les attentes des différents travailleurs et des différents secteurs ;
- Assurer la communication entre patients et soignants et entre professionnels ;
- Mettre en œuvre un système de surveillance et d'analyse, de manière à anticiper les difficultés.

Le groupe de travail a également défini de manière assez détaillée les responsabilités et les tâches liés à cette fonction (voir l'encart en fin d'article).

Contexte et enjeux

Il existe actuellement différentes modalités de coordination des soins dans les maisons médicales. Elles sont mises en œuvre avec plus ou moins de qualité (de continuité, de permanence, de sécurité, de pérennité, de légitimité, etc.), et elles articulent, de manière souvent implicite, différentes entités : le conseil d'administration, les réunions d'équipe, les secteurs, les éventuels groupes à tâche – interviennent aussi les relations informelles qui se développent entre les différents professionnels de l'équipe.

Les valeurs et principes qui ont fondé la maison médicale sont généralement à la base de ces articulations ; on y retrouve souvent les notions de collégialité, de prise en compte de la diversité, de concertation. Au fil du temps, ces articulations se développent de manière plutôt inductive, pas à pas, à partir de la pratique et en fonction d'éléments historiques, humains, au gré des péripéties de la vie de la maison médicale.

Les réflexions actuelles portent sur la nécessité d'élaborer aussi, à partir du projet de la maison médicale, une démarche déductive en matière de coordination des soins, qui puisse rencontrer l'existant, mais aussi le transformer, et qui concerne, implique toutes les personnes ayant un lien direct avec les patients – en évitant toutefois de renforcer l'isolement du secteur administratif et du personnel d'entretien, qui ne sont généralement impliqués dans aucune coordination.

Le rôle des secteurs est à penser dans cette (ré) organisation. Dans les équipes qui grandissent, ces groupes plus petits deviennent des lieux d'échange interpersonnel, où certaines questions culturelles qui compliquent les réunions d'équipe ne se posent pas. Ce sont aussi des lieux symboliques, porteurs de l'identité professionnelle ; ces dimensions essentielles ne peuvent pas être mises à mal. La fonction de coordination de soins doit donc s'articuler avec ces lieux pour construire l'équilibre entre des procédures cohérentes et des pratiques concertées. Différentes modalités concrètes sont envisageables : par exemple, chaque secteur peut conserver un champ d'action spécifique important, coordonné par la fonction de coordination de soins ; ou encore, le coordinateur de soins peut travailler au sein d'un groupe où sont représentés chacun des secteurs, dont le champ d'action est alors réduit.

La coordination de soins est une fonction d'expertise qui pourrait dériver vers une fonction technocratique si elle ne s'articule pas avec le pouvoir démocratique existant au sein de l'équipe. Il revient dès lors au conseil d'administration, organe de la légitimité démocratique en maison médicale, de mandater, couvrir, contrôler et évaluer la coordination de soins ; il peut même en assumer certaines tâches en fonction du modèle d'organisation.

A la base : la qualité des soins

Tout au long de la démarche, et déjà dans les documents présentés par le groupe exploratoire, la nécessité d'une définition préalable de la qualité des soins - à faire en assemblée générale ou en équipe selon les cas – a été mise en avant. La qualité des soins : une évidence dans les maisons médicales ? Pas vraiment, pas assez, bien que certaines équipes organisent des démarches qualité par secteur, en s'appuyant notamment sur les concepts, outils et formations proposés par le service Promotion santé – Qualité de la Fédération des maisons médicales³. Les critères fondamentaux du GICA (globalité, intégration, continuité, accessibilité) complétés par ceux que propose le *Carnet de bord en assurance de qualité*⁴ constituent des points de repères importants pour la réflexion et la pratique : mais leur appropriation est encore trop restreinte, et les équipes manquent souvent d'une personne, d'un lieu qui puisse garantir la mise en œuvre des réflexions et des démarches de manière transversale.

Les discussions de cas en équipe ou en groupe professionnel pourraient être des lieux propices à travailler sur la qualité des soins ; mais elles ne sont généralement pas positionnées ou identifiées comme telles.

De même, il est frappant de voir la tâche 'coordonner le suivi des cas complexes' plutôt mal organisée. Bien entendu, les cas complexes font l'objet d'un suivi particulier, d'une attention plus grande, et de plus nombreux échanges entre intervenants, en interne et avec le réseau. Dans plusieurs équipes, c'est le médecin traitant, ou, le cas échéant, le soignant de référence, qui assure la responsabilité de ce suivi pour une série de personnes. Certaines équipes font ce travail sous l'angle du *case management*. Pour le groupe de travail, ce terme

3. Voir notamment *Santé conjugüée* n°21 « Sept étapes pour avancer - Un regard neuf : l'assurance de qualité », juillet 2002.

4. Le *Carnet de bord en assurance de qualité* est outil est central dans les formations au développement de la qualité. <http://www.maisonmedicale.org/Carnet-de-bord-assurance-de.html>

évoque une approche uniquement technique, détachée de la relation de soin ; il lui préfère le terme « référent de situation », plus en phase avec les représentations en vigueur dans les maisons médicales. Ici aussi, ce qui est pointé comme déficient, dans tous les cas, c'est la formalisation de cette spécificité, et la réflexion transversale en terme de qualité, notamment d'efficacité⁵. La coordination des soins peut améliorer les soins donnés au patient, mais aussi la satisfaction des travailleurs, critère de qualité des soins retenu dans la littérature internationale en la matière⁶. La démarche du groupe de travail vise tant l'une que l'autre, la seconde étant au service de la première : la mission des professionnels de santé est d'assurer un service de qualité, et la qualité s'améliore quand on les intervenants sont satisfaits de ce qu'ils font et des conditions de leur intervention. Cette satisfaction comporte plusieurs aspects : financier, technique, scientifique, symbolique, relationnel, de confort, etc.

Mise en œuvre

La fonction de coordination des soins doit-elle reposer sur une seule personne ou sur un collectif - un tandem ou un petit groupe ? Chaque formule comporte des risques et des bénéfices ; et toutes sont envisageables. Le groupe de travail recommande qu'une compétence spécifique en santé publique s'y trouve ; elle peut s'acquérir en parallèle de la mise en place de la fonction.

Recrutement en interne ou engagement d'une personne extérieure à l'équipe ? La deuxième formule semble préférable au groupe de travail, qui perçoit cependant la difficulté de « débarquer » dans une équipe pour cette fonction de coordination des soins ; en fin de compte, l'appropriation collective de la décision apparaît comme un enjeu fondamental.

Quant au nerf de la guerre... La fonction de coordination des soins nécessiterait environ un demi équivalent temps plein, quelle que soit la taille de l'équipe. Ce temps de travail pourrait être plus ou moins élevé selon le niveau de coordination générale existant : c'est un aspect déterminant. Il pourrait aussi être plus important au départ, afin de mettre en place les dispositifs ad hoc. Une présence quotidienne semble de toutes façons indispensable dans la continuité.

5. L'efficacité entendue comme la meilleure utilisation possible des ressources mobilisables dans *Carnet de bord en assurance de qualité*.

6. Et repris dans les critères proposés dans le *Carnet de bord en assurance de qualité*.

Il s'agit donc d'un poste budgétaire relativement important ; il pourrait en partie être doté par le rassemblement de forces de travail éclatées. Mais il semble aussi utile d'investiguer les perspectives de financement public à long terme - un soutien qui ne dispenserait cependant pas, sans doute, de puiser dans les fonds propres de l'équipe. Le jeu vaut la chandelle ! En effet, une coordination des soins bien organisée apporterait des bénéfices considérables : plus grand confort de travail, clarification des rôles, meilleure répartition de responsabilités et tâches. En fin de compte, c'est la qualité du service qui est en jeu.

Pistes d'avenir

Dans les équipes participant au groupe de travail, l'évolution vers une structuration plus grande de la fonction de coordination des soins n'est plus une question. Le questionnement porte plutôt sur l'accompagnement de cette évolution que sur ses conditions, et sur l'évaluation longitudinale de son impact. Il faut rappeler que plusieurs maisons médicales ont d'ores et déjà mis en place différentes formes de coordination des soins, sans se référer à un modèle explicite.

S'agissant d'un ensemble de maisons médicales déterminées à poursuivre le développement d'un mode d'organisation collégial, horizontal, favorisant le partage des responsabilités et la participation à la gestion du projet, la question la plus intéressante est celle de l'intégration de la fonction de coordination de soins dans cette culture de travail. La littérature suggère de l'appuyer sur un leadership développé, de manière à dépasser les freins et réticences que cette fonction suscite inévitablement chez des professionnels (soignants et autres) formés et éduqués dans une représentation très individualisée de la figure du soignant.

Loin d'opter pour une approche technocratique, il s'agit de soutenir un modèle qui organise la confrontation constructive des points de vue, et ne laisse pas les conceptions archaïques du soin combler les manquements d'une démocratie formelle.

Ce défi, plusieurs personnes du groupe souhaitent le relever, et tenter d'engager leur équipe dans une expérimentation. Suite à l'appel à projets du FE.BI Association des fonds sociaux fédéraux et bicommunautaires du secteur non-marchand pour le financement d'emplois complémentaires dans les maisons médicales, la maison médicale du Laveu a renvoyé un dossier pour ce projet-pilote ; de concert avec l'intergroupe liégeois et les maisons médicales du groupe de travail, un mi-temps de coordination de soins s'ouvre ainsi en janvier 2016

pour une mise en œuvre centralisée de la fonction de coordination de soins, dans toutes ses dimensions.

Cette expérience, qui durera deux ans, permettra de travailler à la formulation de recommandations pour une meilleure prise en compte des responsabilités et tâches à assurer ; et d'aller à la rencontre de chacune des équipes pour partager ces recommandations. L'évaluation envisagée devrait être de type pré-post. Il s'agira d'être créatif afin de mettre au point les méthodologies adéquates et de tirer les meilleurs enseignements possibles de cette expérimentation. À suivre ! ■

La liste ci-dessous présente les responsabilités et les tâches liés à la fonction de coordination des soins définies par le groupe de travail dans le cas où la coordination générale est peu développée, et n'est en tout cas, pas confiée à une personne. Si par contre il existe une coordination générale plus développée (exercée par un conseil d'administration très opérationnel ou par une personne), cette liste pourrait être modifiée, les responsabilités et tâches se répartissant entre la coordination générale et la coordination des soins.

Responsabilités

- Elabore avec l'assemblée générale en concertation avec l'équipe, une stratégie globale en matière de soins ;
- Évalue la qualité des soins dispensés et étudie les nouvelles orientations en matière de prestations de soin ;
- Garantit l'existence et l'application des procédures de prise en charge des demandes de soins curatifs et préventifs, en collaboration avec les groupes sectoriels ;
- Planifie et évalue l'adéquation entre l'offre et la demande de soins ;
- Structure la collaboration avec les services externes concernés ou les différentes lignes afin de fournir des soins coordonnés aux patients ;
- Facilite et coordonne l'approche multidisciplinaire entre les différentes professions au sein de l'équipe ;
- Recherche des solutions aux problèmes de fonctionnement des collaborateurs.

Tâches

- Formule et propose des objectifs de santé en fonction des priorités déterminées sur base de statistiques de santé publique ;
- Anime des groupes de travail mono/pluridisciplinaires sur la qualité des soins ;
- Officie comme facilitateur entre les patients et l'équipe ;
- Officie comme facilitateur entre les patients et les soignants ;
- Organise l'évaluation des activités de chaque collaborateur et son feed-back ;
- Etablit le profil de fonction du personnel soignant et participe aux procédures d'engagement ;
- Recherche et propose au personnel de santé des formations adaptées aux objectifs ;
- Se charge de la facilitation lors de l'arrivée de nouveaux membres du personnel ;
- Coordonne l'organisation des horaires, congés et remplacements ;
- Coordonne la planification des stages et l'accueil, le suivi et l'évaluation des assistants et stagiaires ;
- Coordonne le suivi des cas complexes (les cas dits « lourds » psychologiquement, kinésithérapie, les personnes isolées dépendantes, les soins palliatifs...) ;
- Coordonne l'organisation des procédures d'inscription, intégrant les aspects administratifs et sanitaires (ouverture du dossier, mise en ordre mutuelle, anamnèse, prévention...) ;
- Coordonne l'organisation et le retour d'information des gardes.

Stimuler le développement de la co-professionalité : une démarche collective se met en place à Liège

Ingrid Muller, coordinatrice de projets et animatrice à l'intergroupe liégeois des maisons médicales.

Depuis plusieurs années, l'intergroupe liégeois accueille différents groupes de travail réunissant des travailleurs de maison médicale : ils échangent et se forment pour renforcer la qualité de leurs pratiques. Certains de ces groupes sont mono-professionnels, d'autres portent sur des thématiques particulières (fin de vie, prise en charge de patients toxicomanes, prévention,...) qui concernent des professionnels de métiers différents. A ce jour, aucun groupe thématique n'est explicitement centré sur la prise en charge interdisciplinaire du patient, mais la question émerge : évocation d'une recherche-action en cours, qui témoigne de la vitalité du terrain.

L'intergroupe liégeois est une asbl issue des maisons médicales de la province de Liège ; une de ses missions est de soutenir le travail des maisons médicales (vingt-trois à ce moment) membres de la Fédération des maisons médicales œuvrant sur le territoire.

Les débuts d'un questionnement

Depuis plusieurs années, l'équipe des permanents de l'intergroupe liégeois rencontre tous les mois les délégués de chaque maison médicale liégeoise, ce qui lui permet de soutenir l'orientation de ses projets. Il y a quelques temps, ces délégués ont exprimé le souhait d'aborder des questions en lien avec les soins et le travail en maison médicale : les permanents de l'intergroupe liégeois leur ont dès lors proposé un programme de rencontres concernant notamment¹ l'articulation des différents secteurs professionnels (accueil, assistant social, psychologue, kinésithérapeute, infirmière, médecin,...). Objectif général : « augmenter le potentiel de l'équipe interdisciplinaire de première ligne, au service de la santé globale ».

Le travail de fin d'études d'Hélène Dispas consacré au *Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins²* a donné une première impulsion aux rencontres ; mais il est vite apparu que le sujet, avant même d'être clairement nommé (co-professionnalité ? interdisciplinarité ? partage des tâches.. ?) devait être élargi au-delà des médecins et infirmiers.

Les délégués ont voulu débiter par une observation et une analyse des pratiques d'articulation entre les professionnels au départ de la demande des patients, avec l'appui d'une expertise extérieure (sociologue de la santé) et d'un groupe d'accompagnement. Ce groupe, nommé Groupe d'accompagnement des plénières - GAP, a été constitué avec des volontaires reflétant la diversité des secteurs et des équipes.

Chargé de piloter la démarche, le Groupe d'accompagnement des plénières, a vite pensé que, pour accompagner harmonieusement le changement recherché, il fallait

1. Ce programme concernait également l'articulation du travail des délégués de l'intergroupe avec celui des groupes de travail de l'intergroupe liégeois, aspect non abordé ici.

2. Voir l'article de Hélène Dispas dans ce dossier.

viser conjointement les patients et les soignants – et donc travailler sur la transformation des représentations du soin avec les patients. Il a également mis en évidence et questionné deux principes. La titularisation, d’abord : est-ce une plus-value en termes de qualité des soins ? Dans quelle mesure, à quelles conditions, dans quel contexte ? Est-ce un absolu ? Peut-on trouver des modalités, des adaptations dans le cadre d’une équipe ? Et la complémentarité : au-delà du principe, qu’est-ce que c’est, sur quoi porte-t-elle ? Que fait-elle gagner, que permet-elle de ne pas perdre ? Quelles sont ses limites, ses risques ?

Les différentes étapes de réflexion ont progressivement permis de préciser que le travail devait in fine aboutir à la recommandation de bonnes pratiques ou à l’élaboration d’une boîte à outils qui puissent aider les équipes à réorganiser leurs pratiques, tout en répondant à divers enjeux : « l’efficacité, la convivialité, la qualité des relations humaines, le partage des responsabilités entre professionnels, l’équité dans la répartition du travail, la participation des patients aux soins et au changement, la mise en évidence de modalités de travail nouvelles rencontrant les contraintes actuelles et futures du contexte »³.

Questionner : oui, mais comment ?

Pour mieux identifier les pratiques de terrain, le Groupe d’accompagnement des plénières a décidé d’interroger les équipes (ou des groupes multidisciplinaires représentatifs) sur base d’un questionnaire centré sur une situation type, de manière à permettre l’expression des différents points de vue.

Comment définir une situation type de manière juste et crédible ? Par un processus de co-construction bien sûr : les délégués ont été invités à raconter des situations vécues où avaient surgi des questions, liés à la co-professionnalité, au partage des tâches. Les problèmes identifiés relevaient de différents domaines : territoires professionnels et zones de chevauchement, définition du projet thérapeutique, gestion du temps et des agendas, modalités de collaboration, partage des outils, limites individuelles et limites des missions, difficulté de trouver un langage commun,...

L’avantage de cette démarche empirique, c’est qu’elle partait de l’existant, de situations réelles qui « parlaient » aux personnes interrogées. Cependant, des confusions et des hypothèses implicites ont surgi pendant les échanges ; le matériel de base a été retravaillé

³. Rapport du Groupe d’accompagnement des plénières du 23 avril 2014.

et mis en ordre avec un chercheur de l’Appui en promotion et en éducation pour la santé - APES afin de mieux préciser les différentes dimensions du questionnement, en adéquation avec les enjeux. En fin de compte, deux histoires ont été co-construites, posant des problèmes différents à la dynamique de travail en équipe.

A suivre...

Au printemps 2015, deux permanents de l’intergroupe liégeois ont soumis l’enquête à quatre équipes volontaires ; quatre autres équipes les accueilleront prochainement. D’ici le mois de juin 2016, les délégués devraient être en mesure de proposer des pistes d’actions concrètes pour soutenir le développement de la co-professionnalité dans les équipes. A suivre avec attention ! ■

Une définition provisoire de la co-professionnalité en maison médicale a été construite lors de ce travail pour être mise en débat : « c’est un processus qui organise les différentes professions dans le but de répondre aux besoins des patients en veillant au confort et au bien-être des travailleurs, par une définition et répartition des tâches, une attention à la communication entre professionnels, une articulation avec l’extérieur (réseau partenaires), tout en tenant compte des limites de la maison médicale. Ce processus articule le parcours du patient (amont, pendant, après) au sein de la maison médicale ».