

CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE : l'expérience et les difficultés des professionnels du secteur ambulatoire. Une étude qualitative

L. BURET (1), C. DUCHESNES (1), M. VANMEERBEEK (2), G. HENRARD (1), D. GIET (2)

RÉSUMÉ : Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, et la préférence des patients pour les soins à domicile demandent plus de travail d'équipe. La Concertation Multidisciplinaire (CM) est une modalité favorisant le dialogue entre différents prestataires de soins au bénéfice des patients en perte d'autonomie. Bien que financée par l'assurance-maladie, elle est peu utilisée. Cette étude qualitative visait à explorer les raisons de ce manque d'utilisation de la CM par les professionnels de santé. Des entretiens semi-structurés individuels ont été menés avec des prestataires d'aide et de soins ayant déjà participé à une CM. Une analyse thématique a été menée par deux chercheurs de façon indépendante. Pour les répondants, la CM est importante pour améliorer le soutien aux patients et à leur famille. Elle permet de définir leur champ d'action, de se rencontrer et de se coordonner. Par contre, les tâches administratives, les contraintes logistiques et l'absence de culture de travail multidisciplinaire sont mentionnées comme des obstacles. La CM place le patient au centre, et permet aux professionnels de se rencontrer et de définir ensemble un plan de traitement. La variété des pratiques et des cultures de travail limite l'intérêt de la méthode.

MOTS-CLÉS : Soins de santé primaires - Soins intégrés - Multidisciplinarité

MULTIDISCIPLINARY TEAM MEETINGS :
EXPERIENCES AND DIFFICULTIES OF AMBULATORY CARE
PROFESSIONALS. A QUALITATIVE STUDY.

SUMMARY : Multidisciplinary work is gaining importance with the ageing of the population, an increase in the number of chronically ill patients, and patients' preference for home-based healthcare. Multidisciplinary team meetings (MDTMs) were designed to foster dialogue between care providers of patients with decreasing autonomy. Despite being financed by the Health Insurance, few professionals use it. This study aimed at an exploration of the professionals' reasons for this lack of MDTM. Semi-structured interviews with health and social care providers who had participated in an MDTM were analysed thematically by two researchers working independently. All of the professionals recognised the importance of MDTMs in improving support for patients and their relatives. Each person's presence at the MDTM helped participants to define their scope of action, to become acquainted with one another, and to coordinate their work. Administrative and logistical limitations were cited as obstacles, as was the absence of a multidisciplinary working culture. MDTMs place the patient at the forefront, and allow professionals to meet and agree on a treatment plan. A range of different working practices and cultures challenges the method.

KEYWORDS : Primary health care - Integrated care - Multidisciplinarity

INTRODUCTION

Le contexte occidental de soins se caractérise par le vieillissement de la population et l'incidence croissante des maladies chroniques et dégénératives (1-3). Cette tendance touche fortement le système de soins et la pratique des professionnels de santé. Dans ce contexte de multimorbidité et de perte d'autonomie, l'intervention concertée et coordonnée de plusieurs professionnels de santé est requise (4). Par ailleurs, les patients souhaitent rester au domicile aussi longtemps que possible (5).

Le concept de travail multidisciplinaire a progressivement émergé en réponse à ces constats, soutenu par une littérature internationale abondante, en particulier les travaux de Mabry et coll. (6) et de Tremblay et coll. (7). La multidisciplinarité se définit comme la juxtaposition séquentielle des activités de chaque professionnel; elle diffère de l'interdisciplinarité qui

implique des interactions entre professionnels et un ajustement mutuel de leurs actions (8).

Au cours des dernières années, plusieurs projets pilotes d'intégration des soins autour du patient complexe ont été initiés par les Autorités européennes (PAERPA, PRISM, etc.) (9, 10) et belges («Des soins intégrés pour une meilleure santé – INTEGREGO») (11). Une modalité antérieure de coordination de soins est la Concertation Multidisciplinaire (CM). Définie en Belgique en 2003 (12), la CM est une rencontre de professionnels et d'aidants autour d'un patient en perte d'autonomie. Son objectif est la mise en place d'un plan de soins de qualité, au domicile, coordonnant l'action des différents professionnels autour du patient. La CM est financée par l'assurance-maladie via un enregistrement administratif (contenu et modalités : Tableau I) confié au Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) régional. Le SISD de Liège enregistre très peu : environ 100 par an pour une population de 800.000 habitants. Ceci révèle soit un obstacle au fonctionnement des CM, soit un indice que la coordination de soins se passe ailleurs sous des modalités moins for-

(1) Médecin (2) Professeur, Département de Médecine Générale, Université de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.

TABLEAU I. CONTENU ET MODALITÉS DE LA CM

Une réunion :	<ul style="list-style-type: none"> • Autour et avec l'accord du patient en perte d'autonomie • Des dispensateurs d'aide et de soins du domicile et de l'entourage du patient (au minimum, le médecin traitant et l'infirmier s'il y en a un) • Pour préparer ou réévaluer le plan de soins du patient
Synthétisée dans un dossier qui comprend :	<ul style="list-style-type: none"> • Le consentement du patient (ou de son ayant-droit) • Les dispensateurs présents • L'évaluation du degré d'autonomie du patient : bilan fonctionnel des activités quotidiennes, réseau de soins (formel et informel), l'environnement du patient et son adaptation éventuelle • Les soins programmés du patient • La répartition des tâches entre dispensateurs d'aide et de soins
Enregistrée auprès de l'assurance obligatoire soins de santé et donne droit à :	<ul style="list-style-type: none"> • Une intervention forfaitaire annuelle pour un maximum de 4 dispensateurs d'aide et de soins

melles. L'objectif de cette étude était de mettre à jour la perception des CM par les participants, pour comprendre leur manque d'intérêt pour ce dispositif.

MÉTHODE

Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés en 2015 avec des professionnels de santé et des travailleurs sociaux ayant déjà participé à une CM.

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Des prestataires ayant participé récemment à une CM dans les arrondissements de Liège, Huy et Waremme, identifiés sur base des enregistrements auprès du SISD de Liège, ont été contactés par téléphone. Une sélection a été effectuée parmi des médecins généralistes (MG), infirmiers (I), kinésithérapeutes (K), assistants sociaux (AS), aides familiales (AF) et coordinatrices de soins (CO), en diversifiant type et lieu de pratique et sexe.

RÉCOLTE DES DONNÉES

Le guide d'entretien débutait par un rappel d'une CM à laquelle le professionnel avait participé; il abordait ensuite l'organisation de la CM, les facilitateurs et les difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre et son enregistre-

ment administratif. Le guide a été testé et n'a dû subir aucune modification.

Les entretiens ont été menés par deux chercheuses (LB, CD); ils ont été enregistrés et intégralement retranscrits.

ANALYSE

Une analyse thématique a été conduite séparément par les deux chercheuses pour le premier entretien. Les thèmes obtenus ont été confrontés afin d'éviter tout biais d'interprétation. La grille d'analyse a été revue à trois reprises durant le processus et aucune conciliation par un tiers n'a été nécessaire.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNELS INTERROGÉS

Vingt-cinq entretiens ont été réalisés (caractéristiques sociodémographiques des professionnels interrogés : Tableau II).

LE VÉCU DE LA CM PAR SES PARTICIPANTS

L'IMPORTANCE DE LA CM VUE PAR LES PARTICIPANTS

Les CM concernent des patients en perte d'autonomie pouvant être due à l'âge, à la multimorbidité et à des problèmes mentaux ou comportementaux. La gestion de ces situations nécessite un grand nombre de professionnels de santé. Dans certains cas, le faible niveau socio-économique du patient complexifie encore la situation.

«Ce sont les soins palliatifs qui durent un peu, les situations Alzheimer et les couples de personnes âgées en perte d'autonomie de manière importante, des gens qui mobilisent tous les secteurs ... CO».

La rencontre des professionnels s'occupant du même patient leur a permis, à chacun, de mieux se connaître, de discuter des objectifs de santé avec le patient et d'améliorer la coordination des soins.

«Le but ultime de la coordinatrice, c'est de rassembler les gens autour de la table pour qu'ils se coordonnent justement par rapport à la situation, pour qu'ils puissent échanger sur ce qui se passe bien, ce qui se passe moins bien, sur qui fait quoi, comment, aussi pour avoir l'avis de l'entourage, comment il vit les choses, comment la personne vit les choses. Et donc comme ça, on se réajuste. CO»

TABLEAU II. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS INTERROGÉS

Profession	Homme	Femme	Salarié	Acte	Forfait
Médecin généraliste (MG)	5	0		3	2
Infirmier (I)	3	3	1	4	1
Kinésithérapeute (K)	0	2		1	1
Assistant social (AS)	0	2			2
Coordinateur de soins (CO)	0	7	7		
Garde à domicile (GAD)	0	3	3		
Total	8	17	11	8	6

Un moment charnière pour la mise en place d'une CM était le retour à domicile après une hospitalisation.

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES ET LOGISTIQUES D'UNE CM

L'un des professionnels, généralement la coordinatrice de soins ou l'infirmier, était l'organisateur et le modérateur de la réunion; il complétait le document administratif conditionnant le financement des participants (coordonnées du patient et des participants, plan de soins) et le faisait parvenir au SISD. Cette disposition devenait plus efficace à mesure que le rôle devenait routinier pour la personne.

«On a quand même un fonctionnement un peu répétitif dans le sens où quand un patient sort de l'hôpital ou que la situation à domicile se dégrade, il téléphone à l'ASI ou l'assistante sociale de l'hôpital téléphone... on va prévoir une concertation multidisciplinaire».

Le financement était limité à un maximum de quatre participants de disciplines différentes. Certains se sont plaints de cette différence de traitement alors que, pour d'autres, le paiement n'était pas considéré comme un incitant.

«Un financement pour tous les intervenants... Ce serait quelque chose d'intéressant. Tous les intervenants indispensables à un moment donné... Pourquoi est-ce qu'on va plus financer

l'heure du médecin/infirmier et pas celle de la garde malade ou aide-ménagère ? Car elles ont aussi un travail, un regard important. Pourquoi plus ? AS»

«J'ai mis mon numéro de compte sur quelque chose mais je ne sais pas si j'ai été payé. MG»

RÔLE DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE DANS LA CM

Le patient n'était pas toujours présent lors de la CM. Cependant, les participants ont toujours insisté sur la place centrale qu'il occupait dans le processus. Lorsqu'il était présent, les professionnels pensaient qu'il appréciait que tous prennent ses souhaits – et ceux des proches – en compte.

«Le patient voit tout le monde qui se coordonne pour lui et voit qu'on est là pour lui, pour le soutenir et l'aider dans les meilleures conditions, qu'il sera entendu et que ses plaintes seront rapportées au médecin traitant; cela est apprécié du patient. Il y a des petits gestes. MG»

«Pour la famille, elle dit : «on sent qu'on est soutenu, on sent que Papa est pris en charge, on sent qu'il y a un accompagnement,» (...) Et aussi, la famille a un relais. Elle peut appeler la coordinatrice qu'elle visualise et avec qui elle peut parler... AS»

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PARTICIPANTS

MISE EN ŒUVRE DE LA CM

Organiser ce type de réunion n'était pas simple. L'obstacle principal était de trouver un moment qui convienne à tous, surtout aux professionnels indépendants ou payés à l'acte.

«C'est essentiellement un manque de temps. Pour tout le monde, c'est très difficile et nous, notre difficulté, c'est de réunir tout le monde à une seule date. On a notre agenda, on a l'agenda de chaque intervenant à combiner et celui du docteur. Donc, c'est parfois très compliqué d'organiser une réunion. La dernière réunion que j'ai organisée m'a pris un mois et demi pour trouver une date. CO»

Certains participants admettaient s'en remettre aux autres pour l'organisation, particulièrement les MG et les infirmiers indépendants. Ces derniers déléguaient facilement à d'autres professionnels plus familiers de cette tâche, dont ils pensaient, de surcroît, que l'organisation des CM faisait partie de leurs missions. Aucune modalité de partage des résultats

de la CM n'était prévue, ce dont certains se sont plaint.

«J'aimerais bien qu'il y ait un rapport. Moi, je me fais mon petit rapport tout seul et je le garde pour moi et mon équipe. Je les archive dans mon ordinateur. Par contre, je trouve un peu raide que la coordinatrice, elle, soit payée pour cela et qu'on n'ait pas un rapport. AS»

INTERACTIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS

Bien que tous reconnaissent l'importance intrinsèque de la CM, les professionnels s'y impliquaient de façon différente. En plus de facteurs personnels, des différences ont été observées en lien avec la profession : les MG et les kinésithérapeutes semblaient répondre de façon passive aux sollicitations des autres acteurs plus activement impliqués.

«Ce sont vraiment les infirmières qui y vont tous les jours, ce sont les gardes malades, les aides familiales qui, elles, se rendent compte de la diminution de l'autonomie d'une personne. CO»

Certains participants ont regretté que la présence du MG et de l'infirmier soit obligatoire pour valider la CM, estimant que d'autres professionnels étaient plus à même d'évaluer la situation du patient.

«Ben, c'est dommage, parfois, qu'il y ait cette obligation d'avoir les deux parce que je pense que ça pourrait avoir toute son utilité aussi avec d'autres prestataires, sans qu'il y ait le médecin et l'infirmière obligatoires. CO»

Derrière cette difficulté se cachait un problème de reconnaissance du travail des uns et des autres et de leur capacité à analyser la situation du patient et à fournir des informations pertinentes sur ses besoins de prise en charge.

«Moi, j'ai déjà entendu un médecin qui ne venait pas aux réunions parce qu'il disait qu'il ne voyait pas à quoi cela servait. Cela m'étonne, quoi... On a à apprendre de tout le monde, quel que soit le diplôme. Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on n'apprendra pas des choses des autres. Et cela, c'est une mentalité, je vais dire. AS»

En réponse à ces difficultés personnelles et interprofessionnelles, les participants ont plaidé pour la promotion du travail multidisciplinaire, tant dans la pratique que dans la formation initiale.

«On peut apprendre beaucoup des autres professions, on a une assistante sociale aussi et ça, c'est vraiment bien... Et d'un autre côté

c'est l'apprentissage de travailler ensemble avec des valeurs communes. K»

DISCUSSION

RÉSULTATS PRINCIPAUX

La CM a été décrite comme une forme de coordination attrayante pour les professionnels qui y ont été impliqués. Au moins deux aspects positifs ont été soulignés : le centrage des soins sur le patient (et ses proches), en prenant en compte ses souhaits, particulièrement celui de rester au domicile; la rencontre des autres professionnels s'occupant d'un même patient et la découverte des compétences réciproques. Cependant, réunir des professionnels d'aide et de soins reste difficile en raison de réalités organisationnelles différentes et de différences culturelles entre professions.

FORCES ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Les recherches sur la collaboration interprofessionnelle abordent souvent ses aspects fonctionnels (organisation, gestion, finances, information); les perceptions de la collaboration par les professionnels, quant à ses aspects normatifs (valeurs, missions, objectifs, etc.), ont reçu moins d'attention, et cette étude exploratoire y apporte une meilleure compréhension dans le champ du travail multidisciplinaire. L'organisation de CM avant la sortie d'hôpital permettrait d'améliorer la qualité des soins ambulatoires en préparant le domicile et l'équipe qui prendra le patient en charge.

Certaines limites doivent être prises en compte. Certaines professions sont sous-représentées dans notre échantillon, en particulier les kinésithérapeutes. En raison du petit nombre de CM enregistré, l'échantillon n'a pu être diversifié selon tous les critères; par exemple, très peu de femmes MG ont été impliquées dans une CM. De ce fait, nous ne pouvons prétendre avoir atteint la saturation dans toutes les disciplines, bien qu'elle ait été atteinte pour l'échantillon global.

Interroger des professionnels de santé qui n'ont jamais participé à une CM élargirait la perception du contexte. Il serait intéressant de savoir si leur non-participation relève d'un manque de connaissance du dispositif ou d'un manque de volonté de travail multidisciplinaire.

Enfin, interroger les patients ou leurs proches sur leur perception des CM mériterait en soi une nouvelle étude.

RECONNAISSANCE MUTUELLE

La CM est un bon outil pour découvrir les compétences d'autres professions. En cela, elle permet de réduire la fragmentation des soins par une meilleure connaissance du travail des autres, dans le respect et l'écoute de chacun. Plusieurs modèles conceptuels de la collaboration considèrent ce point comme essentiel, notamment D'Amour et coll. (13), Xyrichis et Ream (14).

Les différentes cultures professionnelles se confrontent dans les CM, en lien avec les différentes positions occupées dans l'aide et les soins aux patients. Les commentaires des participants – du moins les moins reconnus d'entre eux – renvoient à la symbolique du manque de reconnaissance, point décrit également entre les professions médicales (15). Les participants ont désigné les MG comme les plus réticents au travail multidisciplinaire et au processus collaboratif, l'attribuant à la persistance latente d'une hiérarchie au sein des soignants, conduisant à sous-évaluer les autres professions. La présence obligatoire d'un MG pour permettre l'enregistrement et la facturation de la CM ajoute une dimension symbolique conduisant, *de facto*, à une position d'autorité de ce professionnel. De même, le manque de valorisation financière pour certaines professions renforce l'impression d'existence de statuts différenciés.

PROBLÈMES ORGANISATIONNELS

La CM semble ignorer les réalités organisationnelles des praticiens, et les différents modes de pratique représentent un vrai défi pour l'organisateur. Les indépendants payés à l'acte sont les plus difficiles à inviter en raison d'un agenda chargé, conséquence de leur mode de rémunération. La compensation financière prévue pour les participants ne semble pas un incitant très efficace; certains ignoraient jusqu'à son existence.

SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT

Les griefs rapportés à l'encontre de l'organisation actuelle des CM sont associés à une certaine conception des soins, centrés sur les aspects biomédicaux et négligeant parfois les aspects psychosociaux. Pourtant, les soins à

domicile ne peuvent être efficaces en dehors d'une vision globale de la situation. Les professionnels impliqués quotidiennement dans les soins (les infirmiers, les aides familiales) l'ont répété au cours des entretiens : «mettre le patient au centre des soins».

L'invitation faite au patient et à ses proches d'assister à la CM et de prendre une part active aux soins met l'accent sur le rapprochement des dimensions professionnelles et non professionnelles des soins dans la gestion d'un patient complexe dans sa propre maison. En conséquence, «l'observation de situations de soins lourds prodigués à domicile, loin de conforter l'impression d'un dessaisissement radical de la fonction traditionnelle de prise en charge de la famille au profit de soins fortement technicisés, professionnalisés et financés sur fonds collectifs, fait donc apparaître un processus d'intervention thérapeutique mêlant inextricablement tâches familiales et gestes professionnels sans qu'une frontière rigide les distingue explicitement» (16). Les patients qui souhaitent rester à domicile favorisent les soins ambulatoires et bousculent la réalité profonde des pratiques établies. Tous les professionnels ont à collaborer avec d'autres (professionnels et non-professionnels) pour rencontrer les différentes dimensions des soins (17).

En conséquence, de nombreux professionnels, comme les Autorités, souhaitent promouvoir une culture de la multidisciplinarité pour favoriser le travail collectif. Ceci sera une question majeure pour le domaine médical dans les prochaines années, à la fois pour les futurs professionnels en formation et pour ceux déjà en activité.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'augmentation de situations complexes appelle un dialogue entre les différents professionnels et avec les patients pour coordonner leurs actions. Le concept d'intégration y prendra tout son sens : «l'intégration consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier» (18).

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut Scientifique de Santé Publique.— Enquête de santé par interview, Belgique 2008. En ligne : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2008.pdf - Consulté le 22 février 2016.
2. European Union.— EU employment and social situation, quarterly review. Luxembourg: *Publications Office of the European Union*, 2013, 1-30.
3. Institut Scientifique de Santé publique.— Enquête de santé par interview, Rapport 1: Santé et Bien-être. Belgique 2013. En ligne : https://his.wivisp.be/fr/documents%20partages/summ_hs_fr_2013.pdf - Consulté le 24 mars 2017.
4. Jadad AR, Cabrera A, Martos F et al.— When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. En ligne: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/> - Consulté le 24 mai 2017.
5. Guinet A.— Organisation des soins à domicile en Europe et en Amérique du Nord. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166613/> - Document consulté le 24 mai 2017.
6. Mabry PL, Olster DH, Morgan GD, et al.— 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**, S211-S224.
7. Tremblay D, Roberge D, Cazale L, et al.— Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. *BMC Health Services Research*, 2011, **11**, 144.
8. Bibliothèque et archives nationales du Québec.— Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne. Perspective canadienne et internationale. En ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2007295> - Consulté le 24 mai 2017.
9. Ministère des solidarités et de la santé France.— Le dispositif PAERPA. En ligne: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa> - Consulté le 24 mai 2017.
10. Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades.— Le patient complexe et sa prise en charge ambulatoire. En ligne: <http://www.prism-ge.ch> Consulté le 24 mai 2017.
11. INTEGREGO : Des soins intégrés pour une meilleure santé, Belgique.— Guide projets-pilotes soins intégrés en faveur des maladies chroniques. En ligne : <http://www.integregio.be/sites/default/files/public/content/guidepp.pdf> - Consulté le 24 mai 2017.
12. ETAAMB Belgique.— Arrêté royal 14 mai 2003. En ligne : http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-14-mai-2003_n2003022321.html - Consulté le 24 mai 2017.
13. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, et al.— A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 2008, **8**, 188-202.
14. Xyrichis A, Ream E.— Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008, **61**, 232-241.
15. Vanmeerbeek M, Govers P, Schippers N, et al.— Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health*, 2016, **16**, 164.
16. Bungener M.— Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins, in Fassin D, Memmi D Ed., *Le gouvernement des corps*. EHESS, Paris, 2004, 130.
17. Van Dongen JJ, de Wit M, Smeets HW, et al.— «They are talking about me, but not with me : a focus group study to explore the patient perspective on interprofessional team meetings in primary care». *Patient*, 2017, **10**, 429-438.
18. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, et al.— Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2001, **8**, 38-52.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr L. Buret, Département de Médecine Générale Faculté de Médecine, Université de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : Laetitia.buret@ulg.ac.be