



Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile  
ASBL - 477.703.521  
SISD de Liège-Huy-Waremme

# La concertation multidisciplinaire

Intérêt, facilitateurs et freins perçus par les professionnels  
d'aide et de soins

Buret L., Duchesnes C., Giet D.



Février 2016

## Table des matières

<b>Introduction générale</b> .....	<b>4</b>
<i>Historique de la Concertation Multidisciplinaire</i> .....	5
<i>Objectif de l'étude</i> .....	6
<b>Méthode</b> .....	<b>7</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>8</b>
<i>Présentation des participants à l'étude</i> .....	8
<i>Vécu de la CM par les répondants</i> .....	9
Quels patients sont concernés? .....	9
Qui décide d'initier une CM ? .....	10
Qui est invité à la CM ? .....	10
Où se passe la CM ? .....	11
Qui prépare la CM et comment cela se passe ? .....	12
Qui anime la CM ? .....	12
Quelles sont les traces écrites de la CM ? .....	13
Evoque-t-on la rémunération de la CM ? .....	13
Les patients refusent-ils parfois la CM ? .....	14
<i>L'utilité de la CM perçue par les répondants</i> .....	14
Pour le patient et son entourage.....	14
Pour les professionnels.....	16
D'autres avantages sont perçus par quelques répondants .....	17
<i>Les facilitateurs et freins à la réalisation de la CM</i> .....	18
Organisation .....	18
Finances.....	20
Information.....	21
Système de valeurs .....	21
<i>Les facilitateurs et freins à l'enregistrement</i> .....	24
Organisation .....	24
Finances.....	26
Système de valeurs .....	26
<i>Suggestions</i> .....	28
Organisation .....	28
Finances.....	29
Information .....	30
Système de valeurs .....	30
<b>Discussion</b> .....	<b>32</b>
<b>Pistes et recommandations</b> .....	<b>37</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>38</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>39</b>

## Remerciements

Nous tenons à remercier les différents intervenants du domicile qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Nous remercions aussi Mr Verliefde et Mr Delestrait de l'INAMI, pour leur disponibilité et leur expertise dans le domaine de la concertation multidisciplinaire.

Merci à Christel Bertholet, coordinatrice du SISD-Liège pour son implication dans l'historique de ce travail.

Merci à l'IGL d'avoir soutenu la réalisation de cette recherche.

Merci à Frédéric Ketterer pour la relecture du rapport et pour ses suggestions.

## Introduction générale

En Belgique, l'enquête nationale de santé réalisée en 2008 par l'ISP (Institut Scientifique de Santé Publique) souligne un vieillissement de la population belge accompagné d'une augmentation des maladies chroniques et de dégénérescence liées à l'âge. Cette étude soutient aussi que la prise en charge du patient chronique nécessite l'action d'intervenants de plusieurs disciplines pour l'amélioration globale de son état de santé. (1)

Une tendance actuelle, dans le secteur des soins de santé à domicile, est donc de développer le travail multidisciplinaire en vue de promouvoir et de favoriser le maintien des patients à domicile.

La concertation multidisciplinaire (CM) fait partie des outils reconnus et encouragés par l'Etat belge. Elle consiste en une réunion des prestataires d'aide et de soins autour du patient en perte d'autonomie. Son objectif est d'assurer au patient une prise en charge de qualité au domicile, notamment en explicitant le plan de soins et en veillant à la bonne coordination des actions de chaque professionnel. Cette réunion est actée dans un rapport qui, enregistré, permet aux prestataires d'être rémunérés. Le formulaire à remplir par les prestataires est téléchargeable, notamment sur le site du SISD de Liège (<http://www.gls-soinsdesante.be/téléchargements/>).

En 2009, l'étude sur la multidisciplinarité (2) réalisée par le DUMG pour le SISD de Liège, faisait ressortir la nécessité, pour le SISD, de travailler à l'amélioration des outils existants, tels que la CM et de stimuler les expériences pilotes dans le domaine de la collaboration multidisciplinaire.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré, en 2013, un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Il est mis en application sous forme d'un projet pilote pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Ce PPS ressemble donc à la CM belge. La HAS propose un questionnaire de sélection des situations nécessitant un PPS (3).

Le concept du travail en multidisciplinarité, dans la prise en charge et la prévention des maladies chroniques, est soutenu par plusieurs sources internationales, telles que Mabry *et al.* 2008 (4) et Tremblay *et al.* 2011 (5). Le travail de professionnels de plusieurs disciplines œuvrant à la réalisation d'un même objectif peut être situé sur un continuum d'interactions. Lorsqu'il y a simple juxtaposition des activités de chacun des intervenants, on parlera plutôt de multidisciplinarité (le terme pluridisciplinarité est utilisé dans le même sens). Par contre, s'il y a plus d'interactions entre professionnels, notamment pour comprendre ce que l'autre fait, ce qu'il pense, et adapter sa propre action en fonction des besoins, on se situe davantage dans le cadre de l'interdisciplinarité.

Divers auteurs se sont penchés sur le travail collaboratif. Xyrichis (6) présente, entre autre, les avantages du travail en équipe. D'Amour (7) se préoccupe des éléments indispensables au travail collaboratif : une vision commune, des valeurs partagées, etc.

Contandriopoulos (8) et Valentijn (9), quant à eux, ont une analyse plus systémique du travail interdisciplinaire : les intervenants ne peuvent agir que dans les limites d'un cadre fonctionnel de gestion, financier et d'accès aux informations ; ils doivent aussi tenir compte d'un cadre normatif plus ou moins partagé (les valeurs, les représentations, etc.) ; finalement, ils font partie d'un système qui, lui-même, se trouve dans un contexte particulier qui influence son fonctionnement.

Ces modèles conceptuels ont l'intérêt de présenter les variables sur lesquelles les intervenants peuvent exercer un contrôle afin d'améliorer la pratique quotidienne, mais aussi les contraintes auxquelles ils sont soumis et sur lesquelles ils n'ont que peu de pouvoir. Nous y reviendrons par la suite.

Avant de présenter l'objectif de la présente étude, nous proposons quelques faits saillants de l'historique de la concertation multidisciplinaire. Ceci permettra au lecteur de comprendre et de mettre en perspective les résultats de l'étude avec le contexte de développement de l'outil. L'historique complet, qui se trouve dans l'annexe 1, a été réalisé grâce aux apports de Patrick Verliefde de l'INAMI et de Christel Bertholet du SISD de Liège.

### Historique de la Concertation Multidisciplinaire

En 2002, après 2 années de travail préparatoire, les SISD sont créés. Ils ont pour mission de stimuler la collaboration entre les acteurs de la première ligne en vue de proposer une offre de soins et d'aide cohérente, accessible et adaptée au patient à son domicile. Dès les premiers pourparlers, il est stipulé que les SISD doivent œuvrer, entre autres, au développement de la concertation multidisciplinaire (CM).

L'organisation pratique de cette CM (concernant notamment la fixation des critères) est préparée et ensuite confiée à l'INAMI pour être opérationnalisée et permettre de rémunérer les participants. Ciblant d'abord les patients « en diminution d'autonomie », les critères de la CM ont ensuite été progressivement élargis aux patients en « état végétatif », puis aux patients « psychiatriques ».

Fin 2009, le mode de subvention des Centres de Coordination des Soins et de l'Aide à Domicile (CCASD) est modifié et dépend de points accordés pour les activités assurées, notamment pour des réunions de coordination et de réévaluation. Ces réunions seront, dès lors, valorisées à la fois en tant que CM et en tant que réunions de coordination. Toutefois, ce n'est qu'en 2012 qu'une circulaire de la Région Wallonne autorise clairement cette manière de faire, en annulant l'obstacle de « double subsidiation » dans ce cas. Depuis, la réunion de réévaluation peut être formellement enregistrée et facturée aussi comme CM.

A Liège, le SISD appelé GLS démarre ses activités en avril 2002, mais c'est en 2005, avec l'engagement d'une coordinatrice (à temps plein) et d'une assistante administrative (à mi-temps), que débutent les activités d'enregistrement et de facturation des CM. Le SISD de Liège simplifie le dossier d'enregistrement des CM. En 2009, cet organisme décide de prêter son numéro INAMI au troisième intervenant présent à la CM s'il en est lui-même dépourvu (comme, par exemple, une aide familiale). Une grande campagne d'information débute alors

auprès des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers indépendants, centres de coordination, maisons médicales, etc.

Malgré toutes ces initiatives de simplification et d'information des prestataires, le SISD de Liège présente un état des lieux annuel des CM peu florissant. En effet, le nombre annuel de CM enregistrées ne dépasse pas 70 pour une population couverte de 800.000 personnes, sauf en 2009 et 2014, où il atteint un nombre à peine plus encourageant d'une centaine de CM. Le nombre de CM réalisées depuis 2009 est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau récapitulatif du nombre de CM de 2009 à 2014, pour le SISD-Liège

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombres de CM	104	65	65	76	71	101
Facteurs	Prêt du 3 <sup>ème</sup> n° INAMI	Frein de la double subsidiation		Le frein de la double subsidiation disparaît		

### Objectif de l'étude

Face à ces constats et recommandations, le SISD de Liège a décidé de soutenir le présent travail d'analyse centré sur la CM, afin d'identifier, sur le terrain, les leviers et incitants qui ont permis l'augmentation relative des enregistrements en 2009 et en 2014.

L'objectif de ce travail est donc de mieux cibler les facteurs déterminants, les leviers et les freins au travail multidisciplinaire qui favorisent la réalisation et l'enregistrement de la CM sur le territoire du SISD de Liège.

## Méthode

La méthode choisie était celle des entretiens individuels semi-directifs.

Les participants ont été sélectionnés à partir d'une liste de concertations multidisciplinaires ayant eu lieu en 2009 et en 2014 en province de Liège, arrondissements (Arr.) de Liège(Lg), Huy(H), Waremme(W). Les critères de recrutement étaient l'année de la CM, la profession, le sexe, le lieu de travail du professionnel (zone géographique et type de pratique).

Des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des assistants sociaux, des membres des services de garde-malades et d'aides familiales, ainsi que des coordinatrices de soins, ont été contactés par téléphone pour solliciter un rendez-vous. En cas de refus ou d'impossibilité de joindre le professionnel, un autre membre de la même profession était à son tour contacté.

Les entretiens ont été menés par Laetitia Buret (LB) et Christiane Duchesnes (CD), à l'aide d'un guide d'entretien préalablement testé (annexe 2).

Ce guide d'entretien a été élaboré à partir d'une question de départ sur l'expérience d'une CM auquel l'intervenant interviewé avait participé. Les thèmes de l'organisation de la CM, des freins et des leviers qui pouvaient être perçus à la réalisation et à l'enregistrement des CM ont ensuite été investigués au cours des entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits en garantissant l'anonymat.

Une analyse thématique a ensuite été réalisée par LB et CD. La grille d'analyse a été régulièrement révisée par les deux chercheurs. Pour éviter les biais d'interprétation, les deux chercheurs ont régulièrement confronté leurs résultats et recherché un consensus. La saturation des données a été atteinte, au sens que les derniers entretiens n'apportaient plus d'éléments neufs.

## Résultats

### Présentation des participants à l'étude

25 entretiens ont été réalisés. Le tableau suivant présente la répartition des intervenants selon leur profession, sexe, type de pratique, zone géographique d'activité, ainsi que leur participation à des CM en 2009 et/ou en 2014.

Profession	Hommes	Femmes	Non interrogés*
Médecins généralistes (MG)	5		1
Infirmiers (I)	2	3	1
Kinésithérapeutes (K)		2	9
Assistants sociaux (AS)		2	
Garde-malades et aides familiales (AS)		3	
Coordinatrices de soins (CO)		7	
Delta (Infirmier)	1		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	

Pratique solo	Pratique multidisciplinaire
3	2
4	1
1	1
	2

Arr. Lg	Arr. W	Arr. H		2009	2014
3	1	1		2	5**
3	2			2	3
1		1		1	1
2				1	2
1		2		2	2
6		1		7	7
	1			1	1

\* La catégorie « Non interrogés » correspond aux intervenants sollicités mais ayant refusé l'interview ou n'ayant pas répondu à l'invitation.

\*\* Certains prestataires ont participé à des CM en 2009 et en 2014

Nous avons prévu d'interroger 5 personnes de chacun des groupes professionnels suivants : MG, I, K, AS et CO.

La sélection s'étant faite sur base des CM enregistrées, nous avons inclus des assistantes sociales responsables de services de garde-malades et d'aides familiales. Il nous a semblé judicieux d'interroger un infirmier de l'équipe Delta qui avait participé également à des CM. Des kinésithérapeutes manquent à l'appel malgré de nombreuses relances.



## Vécu de la CM par les répondants

Conformément à la question de départ de l'entretien, les répondants commencent par décrire une CM à laquelle ils ont participé ; ils en expliquent les détails pratiques, comment ils l'ont vécue. Certains n'en ont que quelques souvenirs, l'expérience n'étant pas fréquente et d'autres, plus habitués, tentent des généralisations ou pointent des différences entre CM. Certains répondants comme les assistantes sociales, les coordinatrices et certains infirmiers participent à la CM en étant activement impliqués dans ses différentes phases alors que d'autres comme les médecins généralistes et les kinésithérapeutes sont des acteurs plus passifs, répondant aux sollicitations des autres intervenants de l'équipe.

### Quels patients sont concernés?

Les répondants mentionnent la condition *sine qua non* de la mise en place d'une CM: **la perte d'autonomie du patient**. Dans leur récit, différents critères supplémentaires émergent qui, parfois accumulés, rendent la situation du patient extrêmement complexe et justifient, à leurs yeux, la réunion.

Le grand nombre d'intervenants gravitant autour du patient présentant des comorbidités, la notion de durée du suivi mis en place, la présence de troubles cognitifs ou comportementaux chez le patient, sont des éléments cités par les répondants. La complexité est définie par la situation elle-même, mais aussi par les difficultés que cette dernière projette sur les intervenants et/ou la famille. Le retour au domicile nécessitant l'intervention de plusieurs intervenants d'aide et de soins après une hospitalisation est un moment sensible où la CM, au même titre que la réunion de coordination, se justifie pour les répondants.

*Le patient était diabétique, amputé d'une jambe, habitait un endroit pas du tout adapté avec deux grands escaliers pour arriver à son appartement, les sanitaires, il devait redescendre une volée d'escaliers,... Donc, ça n'était pas du tout adapté pour lui. Une situation familiale compliquée, son fils de 20 ans qui l'aidait, puis des conflits entre eux. K2*

*Ce qui nécessite plus [la CM], ce sont les soins palliatifs qui perdurent un peu, les situations Alzheimer – ça on en a plus – et les couples de personnes âgées en perte d'autonomie de manière importante et, bien sûr, les cas psychiatriques. C02*

*C'est souvent des gens qui mobilisent tous les secteurs : médecin, infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale. MG4*

*C'est qu'il y ait déjà un motif vraiment important mais cela dépend du point de vue dans lequel on se place, bien entendu ; qu'on soit en difficulté pour que ça nécessite vraiment une réunion. MG2*

### Profil type du patient nécessitant une CM

Un patient présentant au minimum une maladie chronique physique et/ou mentale, en perte d'autonomie, nécessitant l'intervention, sur une durée indéterminée, de plusieurs intervenants de soins au domicile se considérant parfois en difficulté, avec pour la plupart des cas, des obstacles surajoutés par un environnement matériel et/ou familial inadapté.

### Qui décide d'initier une CM ?

Tout intervenant professionnel ou aidant proche (famille, voisins, amis) ayant un contact fréquent avec le patient à son domicile est en mesure d'évaluer sa perte d'autonomie et de solliciter l'organisation d'une réunion de concertation. L'initiative n'arrive pas toujours à être personnalisée dans le souvenir des répondants, surtout dans les centres de santé intégrée (CSI) où c'est plutôt l'équipe qui évoque la CM. Les structures de soutien aux intervenants du domicile peuvent parfois aussi solliciter ce type de réunion (exemples : Delta pour les soins palliatifs, Club André Baillon pour les soins psychiatriques).

*En général, c'est souvent moi qui demande une concertation. I4  
C'est toujours nous, en général, qui initions les concertations. CO4  
Donc l'initiative vient de moi. MG5  
Ici, c'était la famille. CO5*

*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 ou non. CO6*

*C'est le médecin ou l'infirmière qui eux, en réunion multidisciplinaire, le mardi, nous disent :  
« ben, chez ce patient-là, on se demande s'il ne faudrait pas une réunion, ok, on fait une réunion ». AS2*

*Je pense... Si mes souvenirs sont bons, ça a été initié par sa fille, oui. Et par la dame... K1*

### L'initiateur de CM :

Tout prestataire de soins ou d'aide ou l'aidant proche participant aux actions permettant le maintien au domicile peut, à travers son rôle de témoin de l'évolution déclinante de l'état du patient, solliciter la mise en place d'une CM.

### Qui est invité à la CM ?

Les médecins, les infirmiers et les assistants sociaux sont les intervenants principaux invités, selon les répondants. Bien d'autres professionnels sont susceptibles d'être invités mais l'organisateur évalue la plus-value de la présence d'un intervenant et la met en balance avec l'inconfort possible du patient face à autant de monde.

*Généralement on est tous là et alors, ce qu'il faut bien préciser et que je n'ai pas dit, c'est que moi je parle toujours de l'infirmière, de l'assistante, sociale, du médecin...mais essentiellement, c'est vrai que c'est le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale qui y vont. Mais dès qu'il y a des personnes extérieures je les invite mais elles ne viennent pas à chaque fois. AS2*

*Et bien disons que trois sur quatre j'essaie que l'aide familiale soit là. Parce que c'est elle qui est vraiment la personne qui est là au quotidien et qui connaît le mieux la situation. CO7*

Que le patient soit présent ou non, les répondants gardent le souci de le maintenir au centre du processus.

*Je pense que le patient est au centre. C'est bien clair, mais il y a des situations tellement complexes et difficiles qu'une personne en face du patient, ça va, mais 4, 5 personnes en face du patient ... Pour x raisons, que ça soit de la surdité, des patients perturbés, ... ça peut être très difficile. Mais, par contre, pour moi, c'est important qu'il soit au centre. Il faut trouver un moyen pour entendre ce que le patient a à dire. AS4*

Les répondants invitent, s'il y a lieu, un ou deux membres de la famille qui représentent le patient ou servent de relais pour le reste de la famille.

*Ça m'est déjà arrivé, une famille de 7 enfants, ben là non, on a dit à un des enfants de prévenir les frères et sœurs et alors il y en avait trois cette fois-là qui étaient là. Je pense que ceux qui étaient là, c'était vraiment ceux qui géraient le plus la situation. AS2*

#### Les invités à la CM ciblés par les répondants

Toutes les personnes intervenant au domicile du patient, y compris le patient lui-même, mais de manière non systématique ni formalisée, plutôt selon les besoins de la situation évalués par l'initiateur et/ou l'organisateur de la CM.

#### Où se passe la CM ?

Les répondants mentionnent différents lieux où la CM est organisée. Le domicile du patient est privilégié mais, d'autres lieux sont choisis lorsque la présence du patient n'est pas souhaité ou souhaitable.

*Parfois, c'est eux (DELTA) qui organisent dans ce cas-là. Nous on demande et eux se chargent d'organiser. Et ça se fait dans leurs locaux parfois. I5*

#### Le lieu de la CM

Il n'y a pas de lieu dédié à la CM

## Qui prépare la CM et comment cela se passe ?

Les intervenants tels que les médecins généralistes ou les infirmières indépendantes reconnaissent ne pas avoir le temps d'organiser la réunion et délèguent explicitement cette tâche à d'autres personnes. Dès qu'il y a une coordinatrice pour le patient, il est naturel et implicite pour les répondants de l'étude que ce soit elle qui prenne en charge la préparation de la CM. Les coordinatrices elles-mêmes, ainsi que les infirmières et assistantes sociales de pratiques de groupe qui coordonnent habituellement les soins, acceptent cet état de fait et décrivent l'ensemble du processus qu'elles suivent.

*J'ai dit au patient que c'est l'infirmière de Delta qui va organiser cela car moi je n'ai pas le temps de pouvoir mettre cela en route. MG5*

*Moi personnellement je n'ai pas le temps de passer du temps à appeler tout le monde et de dire : « bon c'est à telle heure » et voilà quoi. I3*

*Moi, je pars souvent du prestataire d'aide ou de soins qui est le plus important, qui a le plus de sens dans cette réunion. Après, j'essaie d'avoir tous les autres pour être là mais moi, mon objectif premier, c'est vraiment de répondre aux besoins soit du bénéficiaire ou d'un intervenant qui se sent lésé ou en difficulté dans la prise en charge et que lui soit là et que peut-être une autre personne mais je fais en premier, vraiment, en tout cas, le premier contact, voilà et les autres gravitent autour. Et souvent, ça va. Quand on a une période de 10 ou 15 jours et qu'on peut, que l'agenda du médecin ou quoi... CO3*

## Préparation de la CM

La plupart du temps, dans la pratique libérale, ce sont les coordinatrices qui mettent en place la CM en téléphonant aux différents intervenants. Elles favorisent le plus souvent les intervenants indispensables à la CM et imposent l'horaire aux autres.

Dans la pratique en CSI, ce sont les infirmières ou les assistantes sociales qui mettent en place les CM selon le même mode d'organisation mais avec certains critères facilitateurs comme des agendas partagés, une proximité des intervenants.

## Qui anime la CM ?

Les coordinatrices animent souvent les réunions sans que cela ne soit remis en cause par les autres intervenants.

*Donc voilà, mon rôle est vraiment de rassembler les gens et d'animer les réunions et d'essayer d'être un médiateur parfois parce qu'il y a aussi des conflits, d'apaiser les tensions, de revenir sur des choses positives, sur l'objectif qu'on a, ensemble, du maintien à domicile,*

*etc... J'essaie que les choses se passent du mieux possible et que chacun puisse s'exprimer et après repartir avec des décisions. CO4*

*Nous on a cette formation-là de la gestion de réunion, que tout le monde n'a pas spécialement. CO1*

#### Animation de la CM

Les coordinatrices prennent volontiers le rôle d'animatrice et de médiatrice.

Quelles sont les traces écrites de la CM ?

Le dossier nécessaire à l'enregistrement de la CM est complété par la coordinatrice. Chaque prestataire garde, à sa façon, les décisions qui ont été prises, les aspects pratiques de la prise en charge. Parfois un rapport de la réunion est envoyé aux intervenants, parfois il est joint au cahier de coordination existant chez le patient. Toutes les pratiques existent.

*Non, 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. Moi, je suis quand même là. AS4*

*Moi, je fais toujours un PV et c'est ça l'outil puisque le PV reprend qui était là, ce qu'on a dit au niveau de la santé, ce qu'on a dit au niveau du logement, les prestataires déjà en place, que faudrait-il modifier, voilà, tous les points qui ont été dits. Tout ce qui est utile, les détails et alors tout ça est remis à chaque prestataire. Par exemple, la responsable des aides familiales qui était présente dispose du PV et peut faire un retour à ses aides familiales pour des choses parfois très pratiques. CO7*

#### Les traces écrites de la CM

Le formulaire permettant de prétendre à l'enregistrement de la CM est renvoyé au GLS-SISD après avoir été rempli le plus souvent par l'infirmière et archivé dans le dossier du patient. Un procès-verbal détaillant les décisions, la répartition des tâches, peut également être envoyé aux différents prestataires mais cette démarche n'est ni systématique, ni formalisée et, dans certains cas, non partagée.

Evoque-t-on la rémunération de la CM ?

Les répondants n'évoquent pas spontanément la rémunération de la CM. En réponse à la question précise, les intervenants libéraux disent ne pas être très attentifs à cette rémunération ; les répondants travaillant dans une équipe pluridisciplinaire au forfait ne savent pas s'ils ont reçu le montant, qui arrive dans le budget de la pratique de groupe.

*... l'argent était versé directement sur le compte de la maison médicale, donc nous, en tant qu'intervenants, on mettait nos numéros INAMI et on mettait uniquement le compte de la maison médicale puisque nous sommes payés à l'heure par la maison médicale... je ne sais même pas combien reçoit un intervenant par rapport à cette réunion. I2*

*J'ai mis mon numéro de compte sur quelque chose mais je ne sais pas si j'ai été payé. MG2*

#### Le paiement de la CM

Ce paiement n'est pas mentionné spontanément par les répondants, qui ignorent parfois jusqu'à l'existence effective d'un possible virement financier.

Les patients refusent-ils parfois la CM ?

*Quand il y a de la maltraitance, parfois, quand on arrive à beaucoup, c'est presque vécu comme un contrôle. Mais c'est exceptionnel, c'est vraiment exceptionnel. Sur une pratique de 5 ans, c'est peut-être deux ou trois fois mais c'est un contact particulier. I6*

#### Refus du patient

Les personnes interrogées disent n'être confrontées à un refus de participation que dans de très rares cas.

#### L'utilité de la CM perçue par les répondants

Spontanément, les répondants évoquent ce qu'ils perçoivent d'intéressant dans la CM ; ils y voient du sens pour le patient et pour eux-mêmes.

Pour le patient et son entourage.

Pour les répondants, la CM permet au patient de se sentir au centre des préoccupations d'une équipe. D'une part, d'après les professionnels interrogés, le patient peut apprécier la mobilisation des aides autour de lui et sentir qu'on tient compte de tous ses problèmes, d'une manière globale. D'autre part, il peut exprimer sa volonté et ses souhaits face aux intervenants de l'équipe et en présence de son entourage. Finalement, la présence de plusieurs intervenants peut aussi encourager le patient à se prendre en charge et permet parfois de fixer certaines règles, de manière collégiale. *In fine*, les prestataires évoquent tous l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

*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 ces plaintes seront rapportées au médecin traitant ; cela est apprécié du patient. Il y a des petits gestes. MG5*

*Moi, je pense que ce que ça peut apporter au patient, c'est le sentiment (mais pas seulement) d'être pris dans sa globalité. AS4*

*Je mets chaque fois la personne au centre, donc ça lui permet, on lui laisse le temps de dire au médecin, à l'infirmier, ou aux prestataires d'aide qui sont là, mais voilà, ce qui va, ce qui ne va pas, comment elle ressent les choses. CO3*

*Le patient était content car il se rendait compte qu'on était quand même une équipe à se mobiliser autour de lui. Ça joue beaucoup de se dire : « ils sont tous autour de moi, il va falloir que j'y mette un peu du mien aussi ». K2*

*Je repense à la situation du monsieur qu'il a fallu cadrer ; on trouvait que le fils devait entendre aussi parce que parfois, les gens n'enregistrent pas tout et c'est important. I6*

*On a l'impression que le patient est mieux soigné. MG3*

Les répondants évoquent aussi le fait que la CM permet, par la présence d'une grande partie de l'équipe, de rassurer la famille, d'identifier les intervenants et de clarifier les tâches de chacun. La CM permet d'évaluer et de favoriser, ensemble, le maintien à domicile, si le patient le souhaite.

*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, » etc., etc., le patient ne le sent pas, et n'est pas forcément demandeur mais la famille si. Et aussi, la famille a un relais. Elle peut appeler la coordinatrice, la responsable de service qu'elle visualise et avec qui elle peut parler, téléphoner, se décharger, exprimer qu'elle n'en peut plus, ... Le bénéfice pour la famille, je le ressens comme cela. AS4*

*Et aussi ça permet aussi à la personne de nous situer tous les uns les autres dans nos fonctions. Parfois, ils confondent un peu et pour la famille, c'est important aussi... Les amis, les voisins, qui nous voient un peu rentrer les uns après les autres... C'est tout aussi important. Humainement parlant, c'est bien ... je trouve ça intéressant. AS6*

*Parce qu'il y a un enfant qui complique les choses, qui complexifie tout le processus, toute la coordination et donc là, un des intervenants va m'interpeller parce que souvent la personne induit en erreur et ne laisse pas faire, veut participer aussi au processus de soins et ça ne va pas, il faut reclarifier et c'est souvent à la demande alors des prestataires dans ce cas-là. CO3*

*On a eu ici dernièrement une concertation comme cela pour un soin palliatif avec demande d'euthanasie et cela s'est très bien passé. La personne est décédée chez elle comme elle le souhaitait et elle le demandait. AS5*

### L'utilité perçue par les répondants pour le patient et ses proches

Reconnaître la place centrale du patient et de son entourage  
Favoriser la vision globale de la prise en charge (médicale, psychologique, financière, etc.)  
Améliorer la qualité du travail et des soins  
Evaluer et favoriser le maintien au domicile, selon le souhait du patient  
Fixer un cadre, mettre des limites au patient  
Rassurer la famille  
Aider le patient et son entourage à identifier les intervenants du réseau  
Clarifier le rôle de l'entourage

### Pour les professionnels

Lorsque les répondants focalisent leur discours sur les soins et la personne, ils disent que la CM leur permet de réfléchir ensemble aux solutions à proposer, de se mettre d'accord sur la ligne à suivre pour assurer la mise en place ou le suivi de la prise en charge. Ils insistent sur l'importance du consensus dans l'équipe pour assurer le bon fonctionnement ultérieur du suivi. La CM permet aussi de partager oralement les informations concernant le patient, de clarifier des impressions.

*Ces réunions-là sont très bénéfiques, c'est d'ailleurs pour ça que, quand on voit que la situation ne va pas bien, on fait une réunion parce qu'on sait bien que ça va nous faire avancer sur un problème que peut-être on serait resté bloqué. AS2*

*Comme ça on était tous sur la même longueur d'onde et on avançait tous dans la même optique. Parce que parfois ce n'est pas évident, la famille ne veut plus d'acharnement, le médecin pas toujours d'accord, donc ça ce n'est pas toujours évident et l'infirmière qui est entre les deux... I3*

*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. CO4*

*Souvent l'information va dans tous les sens et une fois qu'on se réunit, tout le monde est bien là, tout le monde est d'accord. MG3*

Cependant, au-delà du patient et de ses soins, les répondants évoquent le fait que la CM leur permet de faire connaissance avec les autres intervenants, élément important pour le travail en équipe. Réfléchir à une situation complexe donne du sens au travail quotidien. Comme on discute du travail de chacun et que tous sont invités à s'exprimer sur la situation, beaucoup se sentent reconnus, valorisés. La notion de hiérarchie est cependant bien présente et l'attitude du médecin vis-à-vis des autres soignants est évoquée.



*C'est important de pouvoir mettre un visage sur un nom. Je trouve que c'est quand même, au niveau humain, c'est mieux de savoir qui on a au bout du fil. De se rendre compte et voilà je pense que c'est important de se dire qui fait quoi ? Quelle est la fonction de chacun ? Il y a aussi le côté de la connaissance, de l'art de la profession. AS6*

*Je trouve que les infirmières se sentent valorisées quand on les invite et elles ont souvent beaucoup de choses intéressantes à dire et elles sont assez valorisées. CO7*

*Le médecin qui participait, c'était intéressant parce qu'il prenait sa place et il donnait la place. Il interpellait les gardes malades, demandait comment elles avaient perçu les choses. Il n'est pas caractériel celui-ci. Mais bon... certains sont caractériels : « si ce n'est pas eux qui ont vu les choses et décidé les choses, ils ne savent pas entendre... ». AS4*

*Réfléchir au sens de ce qu'on fait, ce n'est pas fréquent et j'ai l'impression que la CM peut apporter ça. AS1*

#### L'utilité de la CM perçue par les répondants pour eux-mêmes

Partager des informations

Faire connaissance de manière interprofessionnelle

Se mettre d'accord sur la ligne à suivre

Etre reconnu dans son travail, pour ses compétences, faire partie d'une équipe

Donner un sens au travail réalisé

D'autres avantages sont perçus par quelques répondants

Les coordinatrices mentionnent l'intérêt financier de la CM. Sans le rechercher, elles disent clairement que c'est un apport complémentaire à la gestion financière de leur service.

*Puisqu'on fait des réunions d'évaluation et de coordination très régulièrement pour nos dossiers, au minimum, une fois l'année mais parfois, beaucoup plus, ça dépend un peu des cas. Et donc, quand on voit qu'au moins trois métiers INAMI sont représentés, dont le médecin, eh bien, on essaie d'avoir en plus une concertation. CO4*

*Il n'y a rien à faire, c'est quand même des subsides. Il faut savoir que nous sommes un service qui est subsidié mais qu'on a six personnes qui travaillent au service de coordination et que nos subsides ne nous permettent pas de payer six personnes, très clairement. Donc c'est un plus pour nous d'avoir des financements. CO6*

Certains répondants voient aussi, dans les CM enregistrées, des preuves apportées aux autorités du travail multidisciplinaire réalisé pour le maintien au domicile du patient. Dans la même idée, elles sont un reflet indirect du travail permanent du GLS.

*L'aspect politique : je pense que c'est vraiment bien quand on a compris que, plus il y en a qui entre, plus ça a un poids au niveau politique. Ça veut dire qu'il y a des patients qui restent au domicile, qu'on organise des choses, ben ça débouchera peut-être un jour sur des subsides, pour une reconnaissance, pour que les patients aient plus d'aides familiales, puisqu'il y a pénurie, pour qu'ils doivent moins payer. On entend très régulièrement nos patients qui disent qu'ils n'ont pas les moyens de rester au domicile, et ça, c'est super dommage, évidemment, et c'est hallucinant, les maisons de repos coûtent très cher à la société et au patient. Je me dis au niveau politique, on dit pour telle région, le GLS a rapporté tel nombre de CM. Ça peut peut-être faire bouger ! MG3*

*...Qu'il y avait très peu de papiers complétés et que ce système risquait de passer à la trappe, tout simplement et euh, le GLS a aussi du mal à se faire une place dans ce monde du domicile et donc c'est pour légitimer ce travail, c'est plutôt un soutien au GLS. I2*

#### Autres avantages perçus

Financiers

Preuve, pour les autorités, du travail multidisciplinaire effectué à domicile

Soutien au GLS

### Les facilitateurs et freins à la réalisation de la CM

En évoquant les facilitateurs et les freins de la CM, les répondants distinguent nettement la réunion en elle-même de son enregistrement officiel. Nous présentons donc ci-dessous ce qui a été dit en lien avec la réunion, abordant plus loin l'enregistrement.

#### Organisation

Organiser les réunions représente toujours une charge de travail importante, surtout pour trouver la plage horaire qui convienne à toutes les personnes impliquées. Le fait de travailler déjà en équipe et de se croiser dans les mêmes locaux représente un avantage certain. Les indépendants interrogés, qu'ils soient médecins, infirmiers ou kinésithérapeutes, disent clairement qu'ils seraient incapables, en termes de temps, de mettre sur pied une telle réunion. D'autre part, cette organisation est tellement difficile qu'il faut parfois annuler la réunion, le patient étant décédé entre-temps.

*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. CO6*

*C'est toujours l'assistante sociale parce que c'est elle qui peut gérer les plages horaires de tout le monde, parce que c'est assez fastidieux, cela, de gérer les plages horaires de tout le monde, donc tous les intervenants, la famille enfin. I6*

*Moi, je suis vraiment indépendante, je ne travaille qu'avec une autre infirmière. Moi, personnellement, je n'ai pas le temps de passer du temps à appeler tout le monde et de dire : « bon, c'est à telle heure » et voilà quoi. I3*

*Ça nous est déjà arrivé d'avoir organisé toute une réunion. Bien voilà, la personne est décédée... Parce qu'il y a parfois des réunions où c'est longtemps avant, quand même, on ne fait pas ça d'une semaine à l'autre. CO5*

Dans la recherche de ces moments de concertation, les répondants parlent de la disponibilité réduite des médecins généralistes, dont l'horaire est également fluctuant. Les infirmières, par contre, ont des moments moins chargés de la journée, connus des coordinatrices.

*J'ai peut-être mieux le temps que les indépendants. Les indépendants n'ont pas toujours facile. C'est de trouver le temps quoi. Les médecins, c'est difficile hein. AS5*

*Je pense qu'elles (les infirmières) se libèrent plus volontiers. Moi, je fais souvent mes réunions en après-midi, à partir de 14h30, parce que je sais que l'horaire des infirmières indépendantes est plus allégé à ce moment-là. Je ne vais jamais faire une réunion à 9 heures du matin. On connaît quand même un peu leur mode de fonctionnement et donc j'essaie de faire la réunion à ce moment-là. CO2*

Les répondants apprécient donc le fait que l'organisation de la réunion soit prise en charge par une personne qualifiée et spécifiquement mandatée. Les répondants proposent spontanément la coordinatrice quand elle est déjà impliquée auprès du patient ; ces dernières pensent d'ailleurs que c'est leur rôle de préparer la CM et que le temps dont elles disposent pour cela est un atout. Dans les pratiques multidisciplinaires, c'est toujours la même infirmière ou assistante sociale de l'équipe qui a ce rôle.

*Je trouve que c'est vraiment le rôle de la coordinatrice de faire ça. C'est complémentaire à ce qu'on fait, donc. Maintenant, je pense que ce n'est pas limité à nous et que d'autres peuvent l'organiser s'ils en ont envie ; tant que c'est bien rempli, bien fait et qu'on a la bonne information, je trouve que tout le monde devrait pouvoir le faire. Maintenant, c'est vrai qu'une réunion ce n'est pas évident à gérer, à organiser. Nous on a cette formation-là de la gestion de réunion, que tout le monde n'a pas spécialement. CO1*

*J'étais un peu la personne de référence, et comme les concertations, les coordinations passent par les assistantes sociales ici, une fois qu'on met une réunion de coordination en place chez le patient ou ça peut arriver ici, c'est moi qui alors imprime le dossier, l'amène chez le patient. AS2*

Ces intervenants (coordinatrices, infirmières ou assistantes sociales) qui ont l'habitude de prendre en charge l'organisation de la réunion disent qu'ils développent des compétences et des moyens pour ce faire. Toute forme de systématisation de la démarche est citée par les répondants comme un élément facilitateur de la CM. La présence du dossier de concertation dans le cahier de coordination leur facilite aussi la tâche.

*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. I6*

*... que les papiers de concertation soient joints au cahier de communication et c'est le cas effectivement, ce qui permet de ne pas aller sur le site pour télécharger ce machin-là et donc on l'a toujours théoriquement à portée de main. I2*

La réunion elle-même prend du temps ; c'est un frein régulièrement cité par les médecins généralistes. Certains préféreraient faire le point par téléphone ; d'autres souhaiteraient avoir un rapport synthétique et en discuter éventuellement en colloque singulier avec l'intervenant principal.

*Il faut bien dire qu'une réunion, ça ne peut pas être moins d'une heure : le temps que tout le monde arrive... Moi, je compte souvent une heure et demie. Plus non, car ça devient beaucoup trop et ça part dans tous les sens mais le temps que tout le monde arrive, qu'on s'assise, ben il y a déjà un quart d'heure de passé puis qu'on passe en revue un petit peu tous les ... Donc c'est quelque chose qui prend du temps. Et il y a des médecins parfois alors qui viennent et ils disent « Je ne saurais être disponible qu'un quart d'heure ». CO7*

## Finances

Les répondants signalent que le type de rémunération de l'intervenant joue un rôle dans la participation à la CM. Pour eux, les intervenants qui travaillent comme indépendants payés à l'acte ont un manque-à-gagner important alors que participer à la réunion ne change rien pour un salarié.

*Ça ne change rien pour moi puisque c'est prévu dans mon temps de travail. AS4*

*Maintenant, les infirmières de la région que je connais, se dire qu'elles vont peut-être organiser une fois par 6 mois, quatre réunions sur une matinée et se faire remplacer pendant ce temps pour être disponible, ce ne sera pas possible au niveau de rentabilité à quiconque. Et c'est vraiment dommage pour le patient. I6*

Pour certains patients, la charge financière que représentent leurs soins peut être lourde à porter. La gratuité de la réunion pour le patient est mentionnée d'ailleurs comme un facilitateur.

*Ben oui, ça aide, ... quand on dit on vient faire une réunion, il n'y a pas de consultation, rien du tout. AS2*

## Information

Les répondants sont assez partagés quant à la connaissance de la CM par les prestataires. Certains mentionnent l'intérêt des séances d'information organisées par le GLS et pensent qu'elles devraient être répétées régulièrement. La présence, dans le cahier de coordination, des formulaires à remplir est intéressante aussi pour informer.

*Moi, je pense qu'il faut vraiment informer parce que je pense que les travailleurs de terrain, infirmières indépendantes, médecins etc. seraient preneurs mais ne sont pas toujours bien informés. Ils savent parfois que ça existe mais sans plus et ils n'ont pas pris le temps de s'informer davantage. Donc comme ils ne connaissent pas, ils n'en voient pas particulièrement l'intérêt. C'est fort utilisé en centres de coordination et en maisons médicales, je pense. Mais à part ça, c'est plus rare. Je pense que c'est un manque d'information. CO6*

Même pour les répondants qui ont tous participé à une CM, l'objectif de la CM et la distinction de la CM par rapport aux réunions de coordination et de réévaluation n'est pas toujours très claire.

*Disons que je trouve que ça fait un peu double emploi. Coordination, c'est coordonner au niveau .... Au début j'avais du mal à m'y retrouver même toujours un peu maintenant. Mais vraiment dire on fait une réunion de coordination ça veut dire qu'on réunit les personnes autour de la table concernées par le patient pour plutôt revoir l'organisation. Réévaluation, c'est bon ben y a un souci, les aidants proches ne sont plus là, ne viennent plus, la santé décline, il y a un changement dans le logement, donc voilà, il y a des changements, il faut réévaluer, revoir, voilà comment je vois. Et la concertation, pour moi c'est un peu la même chose que coordination fin vous voyez je veux dire...CO7*

## Système de valeurs

En évoquant la CM, les répondants mettent en avant l'importance de la culture multidisciplinaire. Pour certains, travailler ensemble et se rencontrer fait partie de leur quotidien : ils évoquent ainsi l'importance de se connaître, de se comprendre et la diminution des liens hiérarchiques, éléments qui facilitent la concertation. On ressent, au travers des mots employés, l'agacement vis-à-vis de certains professionnels décrits comme non impliqués, non concernés. Ces discours sont immédiatement tempérés par des contre-exemples qui permettent de réaffirmer les valeurs en jeu.

*On travaille ensemble donc, forcément, on est à la même table, tous les travailleurs se connaissent, ils se voient dix fois par jour, donc ...MG4*

*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. C'est pour ça que je dis que cela, c'est quelque chose qui doit déjà être avant la formation, pendant la formation. Plus mettre l'accent sur ce travail d'équipe. Parce que j'ai du mal, moi, quand j'entends cela. Cela me fait un petit peu bondir. AS5*

Les répondants évoquent, comme frein, la crainte pour certains professionnels d'être confrontés à la remise en question de leur pratique par d'autres soignants lors des CM. Dans les exemples cités, le niveau hiérarchique implicite de l'un est souvent opposé à l'expérience de l'autre. De plus, c'est aussi l'occasion pour eux d'évoquer l'aspect vénal de certaines pratiques et de critiquer des attitudes d'intervenants non conformes à leur idéal professionnel.

*Ils ont du mal quand même à se remettre en question, en tout cas, devant les autres. Peut-être qu'ils le font par après quand ils sont tous seuls ou avec des confrères, je n'en sais rien, mais on voit bien que le rôle du médecin généraliste est encore, il y a une certaine autorité, il y a une certaine, oui, parfois même, au niveau des émotions du visage, c'est pas comme d'autres prestataires qui vont plus, je sais pas, être plus, s'impliquer ou s'affoler ou ceci et le médecin reste souvent de marbre et souvent, même si il y a des erreurs ou il y a des choses, en tout cas, devant l'ensemble des personnes, ça ne transparait pas, de manière générale. Maintenant, peut-être que par la suite... CO3*

*Mais ça, moi, je suis de plus en plus déçue de, justement, voir les abus au niveau de l'INAMI, même du domicile, je m'en rends compte, ici, tout doucement, que ce soit les infirmiers ou kinés, il y a beaucoup d'abus. Donc ça, on essaye d'aussi de faire de la prévention. CO3*

## **Facilitateurs à la réalisation de la CM, cités par les répondants**

### Organisation

Une personne qualifiée et mandatée qui organise la réunion

Travailler déjà en équipe et dans une même structure

Une personne habituée à organiser la CM, à y penser

Un certain systématisme dans la démarche

La présence du dossier dans le cahier de coordination

### Finances

Travailler comme salarié

Gratuité pour le patient

### Information

Etre bien informé, de manière répétitive

### Système de valeurs

Avoir une culture du travail multidisciplinaire

Implication du prestataire

Conscience professionnelle

Trouver du sens, de l'utilité à la CM

## **Freins à la réalisation de la CM, cités par les répondants**

### Organisation

Charge de travail et le temps que représente l'organisation de la réunion

Faible disponibilité des médecins généralistes

Le temps de réunion

### Finances

Travailler à l'acte, comme indépendant

### Information

La CM est encore inconnue de certains prestataires

L'objectif de la CM devrait être précisé

### Système de valeurs

Crainte d'être confronté à la remise en question de sa pratique

## Les facilitateurs et freins à l'enregistrement

Comme nous l'avons dit précédemment, les répondants distinguent nettement la réalisation et l'enregistrement de la CM. Nous présentons, dans cette partie, les facilitateurs et freins potentiels à l'enregistrement.

### Organisation

L'obligation de présence du médecin généraliste est un frein important à l'enregistrement de la CM. En effet, la réglementation ne permet pas l'enregistrement d'une CM à laquelle le médecin généraliste n'a pas participé. La pertinence de cette obligation est remise en cause par certains répondants qui estiment que d'autres prestataires de soins sont souvent plus à même d'apprécier la situation du patient et son évolution.

*C'est là, la difficulté, c'est là qu'on n'arrive pas à faire autant de concertations. Parce qu'on fait des tas de réunions avec la responsable des aides familiales, les gardes ou l'infirmière mais sans le médecin, on en a tout le temps, c'est notre quotidien. Les médecins, c'est eux qu'on a le plus de mal à avoir en réunion mais je pense qu'ils sont centraux dans les situations. CO6*

*Pour moi, c'est vraiment le frein, c'est le médecin traitant et ça ne fait que s'accroître d'année en année, moi je trouve. Au début, quand on a commencé, je trouvais que c'était beaucoup plus facile ; maintenant, ils ne sont plus là, ou ils ont oublié, ou ils arrivent en retard mais, voilà, sans eux, on ne peut pas faire de concertation. CO5*

*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. CO3*

Les répondants, qui sont *de facto* en charge de l'enregistrement, évoquent la lourdeur administrative du dossier de la CM bien qu'ils reconnaissent l'effort de simplification réalisé par le GLS. La compétence et l'habitude qu'ils acquièrent au fil du temps leur facilitent les démarches. Le volet administratif, souvent pré-rempli par la personne organisatrice, pose diverses difficultés pratiques : les participants ne connaissent pas toujours leur numéro INAMI, leur numéro de compte, ce qui entraîne de nouvelles démarches après la réunion, et par là même, du retard et des oublis.

*Le médecin n'a plus grand-chose à compléter. Rarement il connaît son numéro de compte, l'infirmière aussi. C'est ça, aussi, c'est que, quand on remplit le document, il n'est jamais complet. Il faut encore aller à la pêche auprès du médecin ou de l'infirmière « oh, je n'ai pas mon numéro de compte, je ne sais pas. Ou alors on me donne le vieux numéro sans le BE, je dis « ah non, il me faut l'actualisé ». Le numéro INAMI : « ah, je ne sais pas ». Quand on a par exemple les infirmières de l'ASD, j'ai eu dernièrement une réunion de concertation, mais l'infirmière de l'ASD ne doit jamais utiliser son numéro INAMI, donc elle ne le*



*connaissait pas. Donc elle a dû téléphoner à sa supérieure qui lui a communiqué son numéro INAMI, elle ne le connaissait même pas. Ça prend du temps. CO2*

En lien avec cette lourdeur administrative, les répondants évoquent la multiplication des dossiers de toute sorte. Le format du dossier ne correspond pas toujours à leurs habitudes de travail : certains ont une démarche d'analyse de cas différente, les rapports ne sont pas identiques et donc le travail en est doublé.

*Que nos documents de coordination, qu'on doit remplir pour la Région wallonne, puissent être acceptés pour la concertation et que ça ne puisse compter que pour un. CO4*

*Je n'ai pas vraiment une envie d'enregistrer, je ne travaille pas à partir du formulaire, on a un problème de départ, une question de départ, on met en place une réunion, c'est vraiment pour régler un problème et remplir ces papiers-là, c'est vraiment accessoire. I2*

Les coordinatrices ou assistantes sociales n'ont pas les compétences requises pour en remplir l'entièreté et dépendent donc de l'aide de professionnels concernés (médecin généraliste et infirmière) pour évaluer et certifier les informations techniques médicales et de nursing. Selon ces répondants, le médecin généraliste est souvent récalcitrant à remplir des papiers, souvent par manque de temps, alors même que c'est une obligation incontournable pour que le dossier aboutisse. D'autre part, quelques critères ne sont pas toujours bien compris et devraient être clarifiés (notamment les « Facteurs Externes » du dossier d'enregistrement). (Annexe 3)

*C'est l'assistante sociale [qui remplit le dossier] et moi, je l'aide à remplir les AVQ parce que parfois, c'est vraiment, c'est une question de pratique. C'est toujours moi. I6*

*Ça demande du temps. Je peux me permettre de le faire, car, ayant deux assistants, on a un peu plus de temps pour pouvoir le faire ou je demande à mes assistants. MG5*

Beaucoup d'organiseurs de CM disent qu'ils enregistrent la CM à l'occasion d'une réunion de coordination. Dans ce cas, la présence des documents de concertation dans le cahier de coordination du GLS est un facilitateur de l'enregistrement.

*Ma réunion je vais quand même la faire. Je n'organise pas une concertation ; c'est, si l'opportunité se présente de faire une concertation, mais c'est en plus de ma réunion qui doit quand même avoir lieu, ce n'est pas dans le but de faire une concertation. Si j'ai tous les intervenants et que la personne rentre dans les critères, alors je fais une concertation mais ce n'est pas mon but premier. CO1*

*... que les papiers de concertation soient joints au cahier de communication et c'est le cas effectivement, ce qui permet de ne pas aller sur le site pour télécharger ce machin-là et donc on l'a toujours théoriquement à portée de main. I2*

## Information

Malgré la simplification du dossier, certains répondants hésitent lors de sa rédaction. Nous avons déjà mentionné la méconnaissance de la CM par les professionnels; ici encore, il apparaît que certaines règles restent floues ou erronées, notamment le mode de financement de la CM et l'implication des SISD en cette matière.

*C'est pas évident à compléter parce que il n'y a pas de mode d'emploi par rapport à ce dossier, c'est uniquement des cases à cocher et parfois il y a des items qui sont sans objet par rapport à des règles par rapport à des mensurations par rapport à une dame, là, c'était un monsieur, mais là c'est facile, on met sans objet, et encore, il n'y a pas de case sans objet, mais y a certain items j'imagine que ça c'est plutôt pour des AVJ qui sont encadrés par l'AWIPH, pour certaines choses, par rapport par exemple à l'aménagement de l'environnement de la personne, je ne sais pas toujours quoi répondre, ça .I2*

*... est-ce qu'on n'est pas en train de prendre l'argent du GLS, ... c'est des réflexions comme ça. MG4*

## Finances

La rémunération des participants à la CM n'est pas ressentie, par les répondants, comme un incitant fort à la participation à la réunion. Beaucoup de répondants disent ne pas s'en préoccuper pour eux-mêmes. Par ailleurs, le système ne leur semble pas égalitaire puisque certains intervenants, pourtant présents, ne reçoivent pas d'indemnisation pour les CM. Le prêt du numéro INAMI par le GLS permet parfois de compenser ces inégalités.

*Et ils étaient étonnés qu'ils puissent être rétribués, dédommagés par rapport à ce temps. I2*

*C'est compliqué puisqu'il peut arriver qu'on ait le médecin mais qu'on ait aussi l'infirmière et un kiné, ce qui veut dire que là, il y a déjà trois prestataires INAMI, et donc le centre de coordination n'a rien à ce moment-là. Donc, on est un peu découragé avec tous les papiers à remplir etc. de la faire passer en concertation, vous comprenez ce que je veux dire. CO7*

## Système de valeurs

Les coordinatrices, quand elles le peuvent, notamment quand le médecin généraliste est présent, enregistrent la réunion de coordination et d'évaluation en CM également. On ressent dans leur chef un certain malaise issu de l'époque de la double subsidiation ; en effet, elles mentionnent toujours la circulaire qui leur permet de le faire. Certains répondants évoquent aussi un double paiement en lien avec le travail au forfait des associations de santé intégrée. Pour eux, le fait de se concerter est compris dans le forfait et ils craignent d'abuser du système.

*Si la chance fait que le médecin est là, qu'il y a des prestataires de soins, on la fait alors passer en réunion de concertation. Je ne me dis pas d'emblée « tiens je veux organiser une*

*réunion de concertation » parce qu'on peut cumuler les deux si vous voulez. Au niveau des centres de coordination, on peut avoir des subsides pour une bête réunion de réévaluation et de coordination et, en même temps, une réunion de concertation. CO7*

*Maintenant, on peut les comptabiliser toutes les deux alors qu'avant on ne pouvait pas. Ce qui fait qu'on privilégiait nos évaluations. Maintenant qu'on peut et que ça a été bien clarifié, alors on y pense et on essaie de les faire. Mais c'est vrai qu'aussi, on avait un peu perdu le fil parce que justement il y avait ce ... cette double subsidiation. CO4*

*On a toujours mis ça dans notre temps de travail. On pourrait vraiment se poser la question de se dire on fait tous nos patients ou aucun, on est gêné de le faire, de se dire, tiens, est-ce qu'on est vraiment dans le cadre ? MG4*

### **Facilitateurs de l'enregistrement cités par les répondants**

#### Organisation

Disponibilité du dossier dans le cahier de coordination

Pouvoir déléguer à une personne habituée qui s'occupe de l'administration

#### Finances

Rémunération, parfois

Pouvoir valoriser une réunion de coordination

### **Freins à l'enregistrement de la CM**

#### Organisation

Lourdeur administrative

Besoin d'aide technique pour remplir le dossier

Obligation de présence de certains prestataires

#### Information

Méconnaissance des aspects administratifs et financiers

#### Finances

Certains intervenants ne sont pas rétribués

#### Système de valeurs

Peur d'abuser du système

Ne voient pas l'intérêt

## Suggestions

Pendant les entretiens, les répondants proposent, en lien avec les freins qu'ils viennent de mentionner, différents éléments qui, à leur sens, pourraient améliorer, faciliter, encourager la CM auprès des intervenants de terrain.

## Organisation

L'organisation des réunions est une grosse charge de travail et les répondants insistent pour que les coordinatrices, lorsqu'elles sont présentes sur le terrain, soient les personnes qui se chargent d'initier, de préparer de réaliser et d'enregistrer la CM. Comme on l'a vu précédemment, les coordinatrices sont prêtes à endosser ce rôle.

*Je ne dis pas que le médecin ne peut pas être à l'initiative mais je trouverais plus cohérent que ce soit les services de coordination en concertation avec les travailleurs sociaux des services impliqués sur le terrain qui prennent cette initiative-là. MG1*

Quelques suggestions très pratiques ont été évoquées : le formulaire d'enregistrement CM pourrait être placé au début du cahier de communication et sa mise en page devrait être améliorée.

*Tout le monde se plaint des cases qui sont trop petites pour noter le numéro de compte et le numéro INAMI ; tout le monde se plaint dès qu'on doit compléter ce document, c'est très difficile. On a aussi des difficultés pratiques au niveau des signatures, on n'a pas assez de place. Cette feuille devrait être agrandie parce que ça pose vraiment problème. CO6*

Les répondants évoquent l'utilité d'une réunion à l'hôpital, pour préparer la sortie du patient, quand des aides doivent être mises en place au domicile. Ils disent qu'ils pourraient apporter des informations utiles concernant, par exemple, les conditions financières ou de logement du patient et, qu'en regard, ils souhaiteraient recevoir, des prestataires de l'hôpital, des informations récentes sur l'évolution de l'état de santé du patient.

*Moi, je trouve que ce serait intéressant pour que le domicile puisse dire vraiment à l'hôpital comment la situation est à domicile : voilà comment est le logement, voilà comment madame vit, voilà comment madame n'ouvre pas la porte car elle a perdu ses clefs... des choses que eux ne savent pas. C'est vrai que ce serait utile.CO7*

*Quand ils ont des situations où il y a déjà des intervenants et puis que la personne est hospitalisée, qu'eux organisent des réunions d'équipe pour leurs patients et je me dis qu'ils pourraient peut-être inviter les intervenants du domicile, à l'hôpital et que cette réunion-là soit valorisée, ce serait utile... se dire « dans cette situation-là, on prévoit une sortie, la personne a déjà des intervenants, qu'est-ce que nous, en tant que médecins, on a à dire ? A quoi faut-il veiller ? Voilà pour que ça se passe au mieux... Oui, moi, je suggérerais ça...CO7*

*D'emblée, quand on a une situation, quand une personne est hospitalisée pour une raison, quelle qu'elle soit, qu'on puisse se réunir pour s'organiser et voir un petit peu le retour ... Je*

*ne sais pas comment le dire ; je trouve que ça permettrait d'avoir de la prévention plutôt que d'agir lorsque le problème est déjà installé. AS6*

Bien que la CM puisse réglementairement se dérouler à l'hôpital en prévision du retour à domicile, elle y a rarement lieu. Les répondants expliquent que l'hôpital ignore la présence antérieure des équipes au domicile. Il y a peu de dialogue et cela pose problème.

*Ça dépend des assistances sociales des hôpitaux, ça dépend de beaucoup de choses, en fait.*

*Donc soit, elles vont faire une partie de la coordination et rechercher une partie des intervenants qu'il y a à mettre au domicile et elles ne vont nous appeler que pour un ou deux alors qu'il y a déjà d'autres services, donc il y a un méli-mélo là-dedans ... Des fois, il y a deux coordinations qui sont appelées en même temps et ils ne se rendent pas compte ou ils ne savent pas... .CO3*

*Cela pourrait déjà commencer à l'hôpital !... Il est sorti lundi. L'assistante sociale me téléphone le lundi à 14h pour me dire qu'il est sorti et qu'on a tout organisé... Attends, mais c'est quoi ça ... je n'ai pas encore eu le temps de téléphoner à l'assistante sociale pour dire que ce n'est pas comme cela qu'on fait. On doit d'abord prévenir le médecin traitant qu'il va sortir le lundi et pas l'annoncer.... donc là, je râle. MG5*

Dans le même temps, les répondants expliquent les difficultés que l'organisation d'une telle réunion représente pour les prestataires du domicile et pour les prestataires hospitaliers. En l'état, il semble bien difficile de répondre à toutes les conditions de la CM avant la sortie du patient.

*Au niveau des assistantes sociales des hôpitaux, elles sont sûrement déjà débordées aussi.  
CO3*

*C'est très rarement possible parce que c'est en fonction des agendas ... du mien, de celui du service, de celui du médecin, de celui de l'infirmier, ... C'est déjà court pour nous, le délai. CO4*

## Finances

Les répondants ayant évoqué l'absence de financement pour certains intervenants, ils plaident pour une égalité de traitement. En effet, seuls quatre prestataires de soins de disciplines différentes peuvent être rétribués par concertation. Certains prestataires n'ayant pas de numéro INAMI, le GLS prête le sien pour permettre l'enregistrement et la rétribution. Les prestataires en surnombre et tout représentant supplémentaire d'une même discipline n'ont pas de rémunération.

*Un financement pour tous les intervenants, je demanderais si cela serait possible d'avoir 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 ? AS4*

*Pour qu'aussi d'autres prestataires ne soient pas lésés ou soient aussi indemnisés finalement pour ce temps accordé. Parce que souvent, c'est une heure de temps. CO3*

## Information

Les répondants font part de beaucoup d'idées pour informer les prestataires de l'existence de la CM : ils suggèrent la mise à disposition d'un numéro d'aide, une information lors de réunions, un courrier de rappel.

*Déjà, si je sais facilement trouver un interlocuteur, ce serait déjà plus facile, parce que c'est vrai que ça, je ne sais pas. Il faut que je me renseigne et je n'ai pas que ça à faire, ça oui. Connaître un service qui pratique ça. MG2*

*Peut-être profiter, allez, par exemple la soirée de jeudi, ce genre d'événements où il y a des médecins présents, il y a beaucoup de monde qui est présent, profiter de ce moment-là pour donner l'information, quand les gens sont là, plutôt que d'essayer qu'ils viennent juste pour cette information-là et ils ne viennent pas finalement... .. Oui, parce que ça vaut pour leurs, comment est-ce qu'on appelle ça, leurs points d'accréditation. Mais moi j'ai déjà assisté à plusieurs soirées où il y avait vraiment du monde, quoi. Je me dis profiter de ce genre d'événements pour donner l'information, on toucherait peut-être plus de monde. CO1*

*Dans la maison médicale où je travaillais, on était assez attentif à ça, à formaliser une réunion multidisciplinaire, parce que le GLS, il me semble que Dr X en faisait partie et donc lui était assez moteur pour que nous remplissions ces dossiers... I2*

Pour répondre au fait que les critères sont parfois complexes ou leur posent problème, les répondants suggèrent la réalisation d'un document explicatif qui faciliterait la rédaction du dossier.

*Ce document est relativement obscur et donc il devrait y avoir un document explicatif concernant les différents items à compléter. I2*

## Système de valeurs

Après avoir mis en évidence l'intérêt et l'importance du travail multidisciplinaire, les intervenants suggèrent de favoriser la promotion de la culture multidisciplinaire, pendant les études et dans la pratique.

*C'est peut-être via les formations des médecins. Déjà dans leurs études, les former pour cela, pour le travail d'équipe. Peut-être mettre l'accent plus là-dessus et moins sur le travail individuel. Moi, je crois que c'est là qu'il faut jouer. Bien avant la pratique. AS5*

*Si on arrivait à planter cette graine-là aux thérapeutes de 1ère ligne indépendants, peut-être que ça se ferait plus facilement, plus spontanément des réunions multidisciplinaires, peut-être, c'est juste une hypothèse. I2*

*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. K2*

## **Les suggestions**

### Organisation

Les coordinations pourraient endosser plus fréquemment le rôle d'initiatrice de la CM.

Mettre le formulaire d'enregistrement CM au début du cahier de communication

Retravailler la mise en page du formulaire

La CM pour la sortie d'hôpital

### Finances

Un financement pour tous les intervenants

### Information

Un numéro d'appel d'aide pour la réalisation d'une CM

Un courrier

Informers dans les GLEM

Des séances d'informations lors d'une soirée

Une personne en intra muros mandatée pour porter les projets du SISD dans son équipe

Un mode d'emploi du formulaire à remplir

### Système de valeurs

Promotion de la culture multidisciplinaire

## Discussion

L'élément qui était en toile de fond des entretiens rapportés ici est le travail multidisciplinaire. Les répondants insistent de manière systématique sur la nécessité de ce travail à plusieurs, sur ses apports et ses difficultés. Ils mentionnent les déterminants indispensables au travail multidisciplinaire, tels qu'une connaissance mutuelle, le respect, l'écoute, la reconnaissance du travail et des compétences des autres protagonistes.

Ces éléments sont aussi évoqués dans les modèles conceptuels qui traitent du travail interdisciplinaire tels que ceux de D'Amour (2) et Xyrichis (1). En effet, à l'instar du modèle de D'Amour, ont été mentionnés, par les répondants, le besoin de se rencontrer, de se faire confiance, de partager des objectifs centrés sur le patient et d'avoir une vision commune des soins, du maintien à domicile. Les répercussions positives sur le bien-être du professionnel, à travers la reconnaissance de ses compétences, du sens de son travail, ainsi que les bénéfices concernant l'amélioration de la qualité des soins et le sentiment de l'augmentation de la satisfaction du patient, ont été cités dans les entretiens, comme cela se retrouve également dans le modèle de Xyrichis.

Une deuxième caractéristique importante qui ressort des entretiens est la distinction très nette que font les répondants entre la réalisation et l'enregistrement de la CM. Nombre de témoignages défendent l'idée que la concertation autour du patient se fait bel et bien sans pour autant que cela ne soit enregistré. Dans les pratiques en équipe multidisciplinaire, les réunions d'équipes, intersectorielles, les discussions « entre deux portes », sont des moyens qui semblent, pour les intervenants, aussi efficaces que la CM en termes d'organisation et de coordination. Dans les pratiques libérales, mono-disciplinaires, l'outil le plus courant de la coordination est la communication téléphonique.

Ces démarches informelles ont le mérite d'exister mais sont-elles suffisantes ? Ces méthodes respectent-elles les notions d'« accord du patient », de « secret partagé », de « patient au centre du processus décisionnel de suivi » ? C'est à travers ces questions que l'idée d'un moment formel de concertation en présence du patient et/ou de ses proches émerge. Actuellement, la CM est le seul moment formalisé et réglementé tenant compte réellement de ces aspects éthiques.

La réalisation de la CM présente beaucoup d'intérêt pour les répondants ; ils citent le partage d'information, l'organisation du suivi, la vision globale centrée sur le patient, la convivialité professionnelle, l'apprentissage au travail multidisciplinaire, l'amélioration de la qualité des soins et le maintien au domicile.

Le fait de travailler déjà en équipe facilite la réalisation de la CM : d'une part, grâce à l'habitude de travailler ensemble, mais aussi d'un point de vue organisationnel, en raison de la proximité des différents intervenants. Les Associations de Santé Intégrée (ASI) apparaissent comme des structures où, théoriquement, la CM pourrait occuper une place importante. Et pourtant, on n'assiste pas à de très nombreux enregistrements de CM, probablement par manque de systématisation et absence d'une personne spécifiquement dédiée à cette tâche. A travers ce constat, le GLS-SISD pourrait sensibiliser les équipes pluridisciplinaires afin qu'elles désignent une infirmière ou une assistante sociale en intra



muros pour garantir la pratique de la CM au sein de son équipe. Cette personne ressource devrait bénéficier dans l'idéal, d'une formation et d'un suivi spécifique sur le sujet.

Dans toutes les situations, l'intervention d'une personne expérimentée et mandatée pour penser à la CM et l'organiser est donc un élément facilitateur mentionné par les répondants. La force de l'habitude et les moyens déployés par ces personnes sont des facilitateurs indéniables pour l'organisation de CM, mais on peut se demander si ce retrait volontaire des autres prestataires ne masque pas un souhait d'engagement réduit. Les contraintes organisationnelles personnelles et le sens donné à cette CM par rapport à la réussite de sa propre intervention professionnelle auprès du patient, sont des arguments exprimés par les professionnels pour négocier les termes de leur présence et de leur participation à ces réunions. Par ailleurs, la question des rapports hiérarchiques entre professionnels différents ne peut être éludée, puisqu'elle contribue en partie, au moins implicitement, à structurer leur collaboration.

A travers ce phénomène, la question de la culture au travail pluridisciplinaire prend ici tout son sens. Pour les répondants, le travail avec d'autres professionnels nécessite une formation à la culture multidisciplinaire. Il est regrettable que la formation des différents professionnels s'attache si peu à ce domaine et que les étudiants des différentes disciplines, amenés dans le futur à travailler ensemble, ne se rencontrent jamais pendant leurs études. Le développement d'un système de valeurs partagé n'est pas chose aisée, mais la conception de dispositifs d'enseignement permettant leur apprentissage, leur prise en compte et leur évaluation, serait certainement un des éléments essentiels à l'essor de ce travail d'équipe.

Le manque de temps des prestataires indépendants est un élément récurrent dans les entretiens. Le travail à l'acte, la sollicitation pour diverses activités, sont mentionnés par les organisateurs de CM comme facteurs explicatifs du manque de disponibilité de ces soignants. Ce qui ressort de manière significative, c'est la difficulté qu'ont les organisateurs de la CM à faire venir le médecin généraliste en même temps que les autres prestataires. Il n'a pas toujours la possibilité de se rendre disponible pour ce type de réunions qui lui demande de se libérer de ses autres obligations. Certains médecins généralistes ne s'impliquent réellement que pour les questions médicales. Les intervenants reconnaissent pourtant au médecin généraliste une place centrale dans le suivi du patient complexe.

L'enregistrement de la CM ne convainc pas les intervenants, si ce n'est pour faire la preuve du travail multidisciplinaire réalisé sur le terrain auprès des instances décisionnelles du pays. Les contraintes qui sont imposées, notamment l'obligation de présence du médecin traitant, semblent l'écueil le plus important. Certains répondants évoquent l'idée de modifier les termes de la loi en introduisant la possibilité de consulter le médecin généraliste de manière indirecte, et de lui envoyer les décisions prises lors de la réunion pour qu'il les valide.

La rétribution financière liée à la CM n'est pas ciblée comme incitant par les intervenants ; beaucoup ne prêtent pas attention à cet aspect. Si le nombre de CM augmentait, il est probable que ce facteur serait plus important. Il est possible aussi qu'il y ait un biais de sélection des participants à l'étude. Les contraintes administratives liées à l'enregistrement

de la CM rebutent beaucoup d'intervenants qui sont déjà chargés de nombreuses tâches de ce type.

L'information des professionnels au sujet de l'existence de la CM et de son mode d'emploi mérite encore d'être accentuée. De plus, le GLS pourrait avoir un rôle à jouer dans les obstacles administratifs rencontrés par les intervenants en informant davantage sur l'existence d'un numéro d'appel de soutien à la pratique de la CM.

A l'origine, la CM avait été mise en place par l'Etat comme un moyen pour améliorer la qualité des soins au travers d'une pratique multidisciplinaire. Si la CM a le mérite d'exister, elle ne semble cependant pas être en adéquation avec les réalités organisationnelles du terrain. De plus, la crainte des prestataires d'une ingérence dans l'organisation de leur pratique par une quelconque autorité a probablement empêché le développement de ces concertations. Les ASI avaient d'ailleurs fait le choix, depuis longtemps, de travailler sur un mode collaboratif entre les différents secteurs dans l'espoir, entre autres choses, de ne pas se voir imposer des démarches d'organisation des soins par la gouvernance fédérale.(10)

Un autre élément d'importance est que le patient en situation complexe représente, pour les répondants, le « public cible » de la CM. Nous retirons de leurs propos la définition suivante :

#### Le patient en situation complexe

Un patient présentant au minimum une maladie chronique physique et/ou mentale, en perte d'autonomie et nécessitant l'intervention de plusieurs intervenants d'aide et de soins au domicile pendant une durée indéterminée avec, dans la plupart des cas, une difficulté surajoutée par un environnement matériel et/ou familial inadapté.

Les patients en situation complexe se trouvent confrontés à une multitude de professionnels avec des compétences spécifiques et différenciées. Cela risque d'entraîner une fragmentation du suivi, alors qu'une prise en charge optimale devrait prendre en compte toutes les composantes de la situation, qu'elles soient psychologiques, médicales ou sociales, afin de maintenir un suivi global de qualité.

Le patient en situation complexe est aussi mentionné dans le Plan Personnalisé de Santé (PPS) français qui cible la personne âgée de plus de 75 ans. Ce projet pilote propose, entre autres, un questionnaire permettant d'aider les intervenants du domicile et/ou les aidants proches à évaluer la présence de critères de fragilité et à proposer la mise en place d'un suivi multidisciplinaire concerté à ce patient. Les MG interrogés dans notre étude avaient besoin d'être rassurés sur l'utilité, pour leur pratique, des CM auxquelles ils étaient conviés. Un questionnaire inspiré du modèle français pourrait, après adaptation, servir cet objectif en plaçant le MG au cœur du processus de décision d'un suivi concerté.

Parmi les points-clés pour la réalisation du PPS français, se trouve la désignation d'un coordinateur, pas forcément le médecin généraliste, mais une personne proche du patient ou de l'entourage qui privilégierait les interactions entre patient, soignants et famille, selon la nécessité du moment. La désignation d'une personne-clé pour coordonner, mais aussi

pour organiser, modérer la CM et en assurer le suivi administratif, ressort comme un élément indispensable à la bonne pratique de la concertation. Dans notre étude, comme dans celle de 2009 sur la multidisciplinarité, les coordinatrices se verraient bien endosser plus officiellement ces rôles, surtout lorsque les soins ne sont pas assurés dans une structure de type ASI. Dans certaines équipes, c'est une infirmière ou une assistante sociale qui prend en charge ces fonctions ; elles mettent en avant l'importance de leur expérience en la matière.

Dans cette recherche, à plusieurs reprises, nous avons pu constater une confusion entre réunions de coordination et de concertation. Les définitions du dictionnaire peuvent nous éclairer. *Coordonner*, c'est : « *ordonner, organiser, combiner harmonieusement l'action de plusieurs services, afin de leur donner le maximum d'efficacité dans l'accomplissement d'une tâche définie*<sup>1</sup> » ; dans la coordination, la notion d'organisation est donc essentielle. La réunion de coordination permet aux intervenants de préparer une séquence d'actions ordonnées autour du patient.

En revanche, dans la réunion de concertation, les intervenants discutent, pour prendre des décisions afin que le suivi du patient se passe au mieux. Se concerter désigne le fait de « *s'entendre afin de prendre une décision en commun*<sup>2</sup> ». La concertation vise ainsi l'obtention d'un accord, et sous-entend les notions de négociation, d'écoute et de respect de chacun : c'est bien l'objectif sous-jacent à la CM.

Plus une situation est complexe, plus elle nécessitera des interventions concertées et coordonnées entre les différents acteurs et le patient. La notion d'intégration, étudiée par Contandriopoulos (8), prend alors tout son sens : « *l'intégration est le processus qui 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 les acteurs interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leur pratique dans un contexte particulier* ». Les répondants ont évoqué cette notion tout au long de leurs entretiens.

Grâce à la méthode choisie, cette étude a permis de recueillir le vécu des personnes interrogées, leurs représentations et les valeurs qu'ils défendent. Un autre point fort de l'étude est que nous avons pu réaliser des entretiens auprès des disciplines les plus représentatives quant à la participation aux CM : coordinatrices de soins, coordinatrices d'aides familiales, assistantes sociales, infirmiers, kinésithérapeutes et médecins généralistes. Notre échantillon couvre l'entièreté du territoire de responsabilité du SISD de Liège.

Parmi les points faibles, on notera que trop peu de kinésithérapeutes ont répondu à l'appel, et que nous n'avons pas recueilli l'avis d'intervenants n'ayant jamais participé à une CM (de même que de professionnels fraîchement diplômés, afin de voir si la formation de ces derniers intègre davantage la notion de travail multidisciplinaire). De surcroît, l'absence de femme au sein de l'échantillon des médecins généralistes peut paraître regrettable, puisqu'il ne permet pas de vérifier si des différences s'expriment selon le sexe. Par contre, les postes

---

<sup>1</sup> Selon la définition du site *Trésor de la Langue française informatisée* (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1687891920>;

<sup>2</sup> Même source : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1136406480>;

de coordinatrices et assistantes sociales sont tenus exclusivement par des femmes, à notre connaissance.

Il est à noter que, dans cette étude, nous n'avons pas pris l'avis des patients. Ces derniers sont entendus au travers des perceptions des professionnels qui, très probablement, projettent leur propre vision des choses dans leur récit. Quelques *verbatim* nous font entendre que la réunion n'est pas toujours la bienvenue dans le chef du patient. Certes, son avis est demandé mais qu'en est-il de la réalisation concrète de ce souhait ? Il est probable que les patients ont encore bien des choses à nous apprendre.

Cette recherche a pu mettre en évidence le souhait unanime des intervenants de première ligne de réaliser plus de concertations à la sortie de l'hôpital. Il s'agit d'organiser au mieux le retour au domicile du patient et de favoriser le maintien dans son lieu de vie le plus longtemps possible, dans un confort pour lui, mais aussi pour les soignants et aidants de proximité. Lors de notre rencontre préalable à cette recherche, Christel Bertholet, la coordinatrice du SISD-Liège avait déjà ciblé ce besoin : « Lors des sorties d'hôpital, la CM pourrait se faire avant le retour dans le milieu de vie avec la coordinatrice des soins à domicile, le médecin généraliste et l'infirmier. Il faudrait alors sensibiliser les coordinatrices à faire les CM avant la sortie d'hôpital et sensibiliser aussi les assistantes sociales de l'hôpital de manière à insuffler cette culture auprès des médecins et infirmiers de salle ». Une autre piste serait de rencontrer la Commission Pluridisciplinaire Liégeoise pour la Continuité des Soins (CPLCS, espace de discussion réunissant les assistantes sociales des hôpitaux et des représentants des coordinations de soins au domicile). Nos entretiens confirment que les intervenants souhaitent vivement cette concertation, sous une forme encore non précisée, entre les divers professionnels qui s'occupent du patient.

Nous suggérons au SISD-Liège la réalisation d'un projet pilote centré sur le retour à domicile de patients complexes ayant été hospitalisés. Un premier temps concernerait la rencontre de services hospitaliers transversaux : il s'agirait d'explorer les habitudes de travail et les perceptions de ces professionnels à propos de la sortie d'hôpital. Dans un deuxième temps, dans le cadre d'une recherche-action, les professionnels de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes pourraient être réunis et décider d'adapter leurs modalités de fonctionnement en lien avec le retour à domicile.

## Pistes et recommandations

L'information des professionnels à propos de la CM, de son objectif, des modalités de réalisation et d'enregistrement devrait donc être régulièrement proposée, probablement sous différentes formes. Un document explicatif pourrait être présenté sur le site du GLS.

Tout ce qui peut faciliter l'organisation de la CM a été mentionné par les répondants. Au-delà des éléments techniques « facilement » aménageables, ce qui est le plus souvent exprimé est probablement la sensibilisation des équipes à la désignation d'une personne ressource qui se forme et ainsi connaisse bien le dossier.

La promotion de la culture multidisciplinaire auprès des praticiens et des étudiants est un chantier d'envergure qu'il serait utile d'envisager.

Une autre piste serait de croiser nos données avec l'avis des patients et de leur entourage.

Finalement, les répondants ont mentionné la nécessité d'organiser des concertations avant la sortie de l'hôpital, pour améliorer les chances de succès du retour du patient à domicile. Les modalités de ce type de concertation sont probablement à construire, en accord avec les équipes hospitalières.

## Bibliographie

- (1) [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ\\_HS\\_FR\\_2008.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2008.pdf)
- (2) Vanmeerbeek M, Duchesnes C, Massart V, Belche JL, Denoël Ph, Giet D. Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1ère ligne : quelles attentes des professionnels ? Rapport d'étude. GLS, 2009
- (3) HAS. Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé pour les Personnes à Risque de Perte d'Autonomie. HAS, 2014
- (4) 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
- (5) 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
- (6) Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 61(2), 232–241
- (7) D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and tyology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008, 8, 188-202
- (8) Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001, 8(2), 38-52.
- (9) Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJW, Bruinzeels MA, Vrijhoef HJM. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods Study. *IJIC* 2015, 15, 1-18.
- (10) Van Dormael M. Le centre de santé intégré et les maisons médicales : jalons pour les soins de santé primaires. *Cahiers du GERM* 1981, 152:6-8.

## Annexes

### Annexe 1 : Historique de genèse de la concertation multidisciplinaire

D'après les entretiens avec Patrick Verliefde, coordinateur à la commission soins de santé de l'INAMI et de Christel Bertholet, coordinatrice du SISD de Liège.

Avec Christel Bertholet du SISD-Liège, nous nous sommes particulièrement intéressés aux moyens déjà mis en œuvre par le SISD pour promouvoir la CM et aux attentes et aux pistes qui avaient déjà été évoquées.

---

Les années 2000 ont ouvert les portes au travail multidisciplinaire en première ligne.

Les bases légales du Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) ont été publiées au Moniteur Belge sous la forme d'un protocole ministériel, le 25/07/01. Déjà à cette époque, le protocole mentionnait, dans ses objectifs, l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation de la Concertation Multidisciplinaire. Un an plus tard, un Arrêté Royal (AR du 8 juillet 2002) fixe les normes « d'agrément spécial » des SISD et un Arrêté Ministériel (AM du 17 juillet 2002) en fixe les critères de programmation.

Certains SISD démarrent leurs activités dès 2002, tandis que les différents représentants des pouvoirs Fédéral, Régional et Communal se réunissent à plusieurs reprises pour réfléchir aux moyens de concrétiser les objectifs notifiés dans les protocoles. Il en ressort la nécessité d'organiser la mise en place des CM. La particularité de ces négociations a été de mettre autour de la table des partenaires qui dépendent de niveaux décisionnels différents et d'obtenir qu'ils s'accordent sur des activités de prestataires dépendant de chacun d'eux (p.ex. l'assistante sociale, dispensatrice d'aide, dépend du comité des régions tandis que l'infirmier, dispensateur de soins, dépend, lui, de l'INAMI, du fédéral). C'est une situation unique dans le système !

Cette décision politique est ensuite envoyée à l'INAMI, pour être opérationnalisée afin de pouvoir rémunérer les participants à la CM.

En 2003, un premier Arrêté Royal voit le jour (AR 14/05/03) : il concerne les patients en diminution d'autonomie. Cet AR est modifié en 2005 (AR 18/11/2005) pour élargir les critères de la CM des aux patients en « état végétatif » puis en 2006, un article est ajouté dans le même chapitre sur le patient « psychiatrique ».

Fin 2009, le nouveau décret du 17 décembre 2009 (Publié au MB le 5/01/2010) relatif à l'agrément des Centres de Coordination des Soins et de l'Aide à Domicile (CCASD), modifie le mode de subvention de ceux-ci. La subvention des CCASD est accordée en enveloppe fermée et distribuée en fonction du territoire couvert, du dynamisme et de l'activité réalisée. L'activité est définie par des indicateurs construits sur le nombre de nouvelles prises en charge, de premiers plans d'intervention, de réunions de coordination et de **réunions de réévaluation**. Un nombre de points est attribué pour chacun de ces indicateurs d'activités qui entrent en ligne de compte pour le calcul du subside. Les réunions de réévaluation, effectuées par les CCSAD, peuvent, dès lors, être valorisées à la fois en tant que CM et en

tant que réunion de coordination. Toutefois, ce n'est qu'en novembre 2012 qu'une circulaire de la Région Wallonne infirme clairement la notion de « double subsidiation » : la réunion de réévaluation peut, à partir de cette date, être formellement **enregistrée et facturée** aussi comme CM.

A Liège, le SISD démarre ses activités en avril 2002. Il a pour missions de veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire d'aide ou de soins qu'à l'égard du patient et de stimuler la collaboration entre les acteurs de la première ligne d'aide et de soins en vue de proposer une offre de soins cohérente, accessible et adaptée au patient à son domicile. C'est dans ce cadre que le SISD œuvre au développement de la CM qui permet de réunir, de manière formelle, différents prestataires d'aide et de soins autour d'un patient et ce, dans l'objectif d'une prise en charge de qualité.

Il faut attendre 2005 et l'engagement d'une coordinatrice (à temps plein) et d'une assistante administrative (à mi-temps), pour que débutent les activités d'enregistrement et de facturation des CM.

En 2005, le groupe de travail (GT) « Concertation Multidisciplinaire » se crée au sein du GLS. Ce GT, composé de représentants des différents secteurs de prestation de soins et d'aide au domicile, se réunissent avec, pour objectifs, de redynamiser la CM et de proposer une nouvelle structure du dossier de concertation et des modalités de présentation de cette nouvelle formule. En 2006, ce même GT s'occupe de préparer une présentation du dossier aux médecins généralistes (MG).

En 2007/2008, le GT « Concertation Multidisciplinaire » s'associe aux travaux du GT « Coordination » pour devenir le GT « Concertation-Coordination » avec, pour missions, de proposer et de présenter les modifications du dossier simplifié et de la note explicative des CM.

En 2008, l'étude sur la multidisciplinarité réalisée par le DUMG pour le SISD Liège, fait ressortir la nécessité, pour le SISD, de travailler à l'amélioration des outils existants tels que la CM et de stimuler les expériences pilotes dans le domaine de la collaboration multidisciplinaire.

Début 2009, le SISD décide de prêter son numéro INAMI au troisième prestataire présent à la CM et dépourvu de numéro INAMI et une grande campagne d'information débute auprès des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers indépendants, centres de coordinations, maisons médicales, etc.

En 2013-2014, le SISD Liège prend l'initiative d'envoyer un feuillet informatif sur la CM, afin de conscientiser à nouveau les médecins généralistes aux opportunités qu'offre cette concertation.



Malgré toutes ces initiatives de simplification et d'information des prestataires, le SISD de Liège présente un état des lieux annuel des CM peu florissant. En effet, le nombre annuel de CM enregistrées ne dépasse pas septante pour une population couverte de 800000 personnes, sauf en 2009 et 2014, où il atteint un nombre à peine plus encourageant d'une centaine de CM.

Tableau récapitulatif du nombre de CM de 2009 à 2014, pour le SISD-Liège

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombres de CM	104	65	65	76	71	101
Facteurs	Prêt du 3 <sup>ème</sup> n° INAMI	Frein de la double subsidiation		Le frein de la double subsidiation disparaît		

Des échanges de mails avec Thierry Delestrait, expert financier de l'INAMI, ont permis de quantifier le volume de CM en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. Une grande différence du nombre de CM enregistrées existe entre les 3 régions du pays.

	Année	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Nombre de CM	2009	12	2543	539
Nombre de CM	2014	26	2542	568

La Flandre est la grande promotrice de la CM. Mr Verliefde donne comme hypothèse de cette grande différence que la création des SISD et de la culture de la concertation multidisciplinaire existe depuis bien plus longtemps du côté flamand qu'en Wallonie.

## **Annexe 2 : Guide d'entretien**

Pouvez-vous me parler d'une concertation multidisciplinaire à laquelle vous vous souvenez avoir participé ?

Que s'est-il passé depuis l'initiation jusqu'à l'enregistrement ?

Si vous avez participé à d'autres concertations multidisciplinaires, en quoi étaient-elles différentes ou non de la première mentionnée ?

Savez-vous si ces concertations multidisciplinaires ont été enregistrées et pourquoi oui ou non ?

Quels sont, d'après vous, les avantages de la concertation multidisciplinaire ?

Quels sont les freins à la réalisation de la concertation multidisciplinaire? Et à son enregistrement ?

Comment pourrait-on inciter les professionnels à réaliser plus de concertations multidisciplinaires, selon vous ?

Voulez-vous mentionner d'autres choses ?

**GLS-SISD de Liège-Huy-Waremme**

**Rue de Chestret, 1  
4000 LIEGE**



**Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile  
SISD de Liège**

**INAMI 947-025-83-002 - ASBL 477.703.521**

**DOSSIER DE CONCERTATION  
MULTIDISCIPLINAIRE  
Plan de soins**

Pour mémoire :

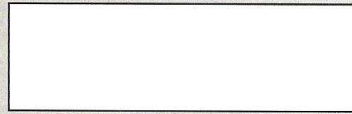
Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. **Pour que le SISD puisse facturer vos honoraires de concertation, il est impératif de fournir conformément à l'Arrêté Royal du 14 mai 2003 et à l'Arrêté Ministériel du 18 novembre 2005 :**

1. Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient répond à la définition suivante :
  - ⇒ Séjourner à domicile ;
  - ⇒ Est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans les 8 jours et pour laquelle on suppose qu'il restera encore au moins un mois à domicile ;
  - ⇒ Avec une diminution d'autonomie physique.
2. L'accord du patient et de son représentant pour la tenue de cette réunion.
3. Une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et des dispensateurs de soins ou d'aide concerné, signé par ces dispensateurs de soins ou d'aide.
4. Le plan de soins avec au minimum les soins programmés du patient, le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne, le bilan du réseau de soins formel et informel, le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle, la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide, la signature et identification de la personne qui rédige le plan de soins.
5. Pour le patient en état végétatif persistant (EVP), utiliser ce document et joindre en plus : un avis médical établi par le médecin responsable d'un centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient concerné est un patient EVP ou une copie du formulaire de demande du forfait EVP envoyée au médecin conseil.

Version du dossier de concertation du 21 mai 2008.  
Patient à domicile avec une diminution d'autonomie physique.

Rue de Chestret, 1 – BE-4000 LIEGE  
Tél. et Fax : 04 226 88 64 - GSM : 0473 76 06 31  
E-mail : gls.asbl@skynet.be - Site web : www.gls-sisd.be

**Données d'identification du patient  
(compléter ou apposer une vignette OA)**



Nom et prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Numéro de téléphone : .....  
 Date de naissance : .....  
 Numéro d'inscription OA : .....  
 Numéro national : .....  
 → Patient DAP  oui  non      → Patient EVP  oui (\*)  non

**Acceptation de la réunion de concertation et du plan de soins**

→ Je soussigné  patient  représentant légal du patient

Nom et prénom du patient : .....

**OU**

Nom et prénom du représentant légal : .....

→  accepte la réunion de concertation  
 →  souhaite être présent à la réunion de concertation     ne souhaite pas être présent à la réunion de concertation

→ Date de la concertation multidisciplinaire : .....

→ Lieu de la concertation :  à domicile  
 dans un centre hospitalier d'expertise  
 ailleurs

→ Avec les personnes suivantes :

	NOM – Prénom	N° INAMI	N° compte	Signature
Médecin				
Infirmier(e)				
Kinésithérapeute				
Assistant(e) social(e)				
Coordinateur/trice				
Représentant service aides familiales				
Représentant service aides aux familles				
Garde à domicile				
Entourage				
Autres à préciser				
GLS – SISD de Liège				

→ Signature :  patient  représentant légal du patient

→ Signature du rédacteur du dossier :

(\*) Joindre l'avis médical du médecin du centre hospitalier d'expertise ou copie du formulaire de demande forfait EVP envoyée au médecin conseil.

SISD – GLS

2-6

## Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, ....., Docteur en médecine,  
certifie par la présente que mon patient .....  
domicilié à .....

- Séjourne à domicile
- Ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour lequel on suppose qu'il restera au moins un mois à domicile ;
- Avec une diminution d'autonomie physique.

(Cochez d'une croix la mention correspondante)

Remarques :

Pour un patient EVP, il suffit de joindre l'attestation établie par le médecin responsable du centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient concerné est un patient EVP (ou une copie du formulaire envoyé au médecin-conseil).

Déclaration faite à ..... le .....

Signature :

Cachet

### Motifs de la concertation

- Suivi pour évolution  
 Sortie de l'hôpital  
 Difficultés  
 Autres (à préciser) .....

### Grille d'évaluation : annexe 63

(Il est obligatoire de répondre à chaque item)

<b>1. AIVJ</b>		Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréali- sable
0360	<b>Utiliser des appareils et des techniques de communication</b>			
04602	Se déplacer, en dehors de la maison et d'autres bâtiments, à pied			
0470	<b>Utiliser un moyen de transport</b>			
0570	<b>Prendre soin de sa santé</b>			
05708	Exercer des activités qui permettent de prendre soin de sa santé			
06200	Faire les courses			
06300	Préparer les repas simples			
0640	<b>Faire le ménage</b>			
06400	Laver le linge et les vêtements à la main			
06401	Laver la cuisine et les ustensiles			
06402	Nettoyer la salle de séjour			
06403	Utiliser des appareils électroménagers			
D 6405	Eliminer des ordures			
0860	<b>Transactions économiques élémentaires</b>			
0920	<b>Récréations et loisirs</b>			
<b>2. AVJ</b>		Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréali- sable
0420	<b>Se transférer</b>			
04200	Se transférer en position assise			
D 4201	Se transférer en position couchée			
D 4600	Se déplacer dans la maison			
0510	<b>Se laver</b>			
0530	<b>Aller aux toilettes</b>			
05300	Assurer la régulation de la miction			
05301	Assurer la régulation de la défécation			
05302	Apporter les soins au moment des menstruations			



0540	<b>S'habiller</b>			
05400	Mettre des vêtements			
05401	Oter des vêtements de toutes les parties du corps			
05402	Mettre des chaussures et des bas			
05403	Oter des chaussures et des bas			
D 550	<b>Manger</b>			
0560	<b>Boire</b>			

<b>3. Fonctions de l'organisme</b>		Oui	Non
B 110	<b>Fonctions de la conscience</b> : état, continuité et qualité de la conscience ; état de conscience de soi et de vigilance, y compris la clarté et la continuité de l'état de veille		
B 114	<b>Fonctions d'orientation</b> : connaissance et établissement de sa relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement		
B 144	<b>Fonctions de la mémoire</b> : enregistrement et emmagasinage d'informations.		

<b>4. Fonctionnement de la personne dans son environnement social</b>		Oui	Non
D 7203	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales		
D 750	Relations sociales informelles		
D 7503	Relations informelles avec des co-résidents		
D 760	Relations familiales		

<b>5. Facteurs externes</b>		Oui	Non
E 310	Famille proche		
E 315	Famille élargie		
E 320	Amis		
E 115	Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne		
E 155	Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé		
E 340	Prestataires de soins personnels et assistants personnels		
E 355	Professionnels de santé		

## Bilan du réseau de soins formel et des autres types d'aide

### → Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Tâches et fréquence
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

### → Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélégilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
.....	

### → Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
NOM – prénom	
NOM – prénom	