



# FICHE PRATIQUE

## COMPOSANTE 6 : Concertation et coordination

Dans la présente fiche, vous trouverez un contexte qui introduit la concertation et la coordination en tant que composante des soins intégrés. Nous décrivons les objectifs visés par la concertation et la coordination et nous donnons quelques définitions explicatives. Nous donnons aussi des conseils pratiques sur la façon dont la composante en question peut être mise en œuvre dans le cadre de votre projet, et quelques exemples pratiques dont vous pourrez vous inspirer. La fiche met également en avant différents points d'attention à prendre en compte lorsqu'il s'agira d'élaborer des interventions axées sur cette composante. On terminera par un tour d'horizon de la situation en matière de concertation et de coordination à l'échelon national.

### 1. Contexte

Beaucoup de patients chroniques nécessitent différents types de soins. Il faut donc coordonner l'ensemble des soins afin d'offrir à la bonne personne, au bon moment et pendant la durée voulue, les soins les plus appropriés.

Pour les patients chroniques ou malades de longue durée, de nombreux acteurs (du secteur des soins et en dehors) sont impliqués. Ceux-ci se concertent et coordonnent leurs actions, **tant au niveau des soins pour un patient individuel (= niveau micro) qu'au niveau du système de soins (locorégional) (= niveau méso)**. Une concertation (échange d'informations et prise de décisions en concertation) est indispensable pour la coordination ("qui" intervient "quand" et "pour quoi faire").

Dans la concertation et la coordination, différents éléments interviennent pour parvenir à une bonne concertation et ainsi obtenir une coordination efficace des soins :

- l'identification des différents acteurs qui entourent le patient ;
- la liste des besoins de soins et objectifs de soins de la personne avec un besoin de soins
- le type de soins, leur durée et leur fréquence ; faire un plan de soins : le type de soins, la durée et la fréquence, et les accords de partage des tâches dans l'équipe de soins
- l'information fournie au patient et à son entourage ou communiquée par le patient ou son entourage ;
- le moment auquel les soins sont dispensés ou auquel l'information est communiquée au patient. Par ailleurs, il faut indiquer qui doit faire quoi au cas où les soins deviennent insuffisants ou déraillent.

Le patient et ses objectifs sont au centre des soins intégrés. Le patient doit donc être associé aux décisions. Même si une coordination est indispensable pour chaque patient (au niveau micro), il est impensable que la concertation entre les acteurs s'organise uniquement au cas par cas, en fonction de l'évolution du patient et de ses besoins. Dès lors, il est utile que les acteurs qui décident de collaborer se concertent (au niveau méso) afin d'apprendre à mieux se connaître (qui peut intervenir, dans quelle situation) et de fixer



des règles de fonctionnement communes (comment s'effectue l'échange d'informations, le transfert de patients, la coordination des différents agendas, l'élaboration du plan de soins et l'évaluation de celui-ci, le financement...).

#### Objectifs de la concertation et de la coordination

- Soutenir le processus d'intégration des soins afin que chacun "reçoive les soins voulus au bon moment, au bon endroit, par la bonne personne, et cela pour un coût humain et sociétal minimal".
- Utiliser de manière efficace et efficiente les moyens disponibles au niveau local ainsi que les structures de concertation et les réseaux existants.
- Renforcer la complémentarité entre les différents acteurs de l'aide et des soins : 1<sup>ère</sup> ligne, acteurs spécialisés, acteurs au sein des hôpitaux et des structures d'accueil résidentiel (voir également composante 7 "continuité des soins transmuraux et intra-muros").
- Faciliter l'échange d'informations entre acteurs et élaborer des plans de soins coordonnés (voir également composante 9 "dossier patient intégré").
- Optimiser la coordination autour du patient (niveau micro) par l'organisation d'une concertation avec le patient (voir également composante 1 "empowerment du patient").
- Définir des modalités de collaboration au niveau des organisations et des structures (niveau méso)
- Encourager l'approche biopsychosociale des besoins du patient, en associant le patient à la concertation et aux décisions dans le cadre de ses soins (voir également composante 1 "empowerment du patient").

Les objectifs visant à mettre en œuvre la composante "Concertation et coordination" contribuent à la réalisation du triple objectif ("*triple aim*") :

Le patient a l'assurance d'une prestation de soins adéquate au moment voulu, adaptée à ses besoins et attentes, il fait appel aux soins de manière pertinente parce qu'il connaît mieux le trajet à accomplir. L'intervenant de proximité est mieux soutenu et valorisé en tant que partenaire dans la concertation et la coordination. Ces éléments contribuent directement à une meilleure qualité de vie des patients et des aidants proches.

Les soins sont plus efficaces parce que les soins voulus sont dispensés au bon moment, l'usage inadéquat de certains services diminue. Les processus sont en outre améliorés par le support IT qui facilite la concertation et la coordination.

Enfin, une concertation et une coordination suffisantes ont pour effet de mieux harmoniser le travail des prestataires de soins et de reconnaître le rôle de chacun, et cette reconnaissance contribue directement à la satisfaction professionnelle des prestataires de soins.



## 2. Conseils pratiques et actions potentielles pour la mise en œuvre de cette composante

1. Identification (**inventaire**) de toutes les structures existantes de concertation et de coordination dans la région pilote, ainsi que des lacunes et des besoins en matière de concertation et de coordination (> analyse des moyens et des besoins, cf. stratification).
  - ⇒ Évaluation des **besoins supplémentaires en matière de concertation et de coordination**, p. ex. : soutien aux intervenants de proximité, formation des prestataires de soins, évaluation d'incidents multidisciplinaires (exemple : *projet SYLOS systèmes de soins locaux : projet visant à améliorer la coordination entre les hôpitaux et les médecins généralistes* – [Projet SYLOS](#) )
  - ⇒ Évaluation de l'**équipement nécessaire** (locaux, ICT, permanence téléphonique ...) pour organiser la concertation de façon optimale (exemple : *les maisons de santé, qui offrent un soutien administratif aux organisations et qui mettent des locaux et salles de réunion à leur disposition* <http://www.huisvoorgezondheid.be> )
  - ⇒ Définition du rôle de chaque ressource/intervenant/organisation du groupe cible (relatif aux soins du malade chronique) (voir ci-dessous point 5, North West London)
  - ⇒ Posez-vous la question suivante : **qui** doit venir autour de la table pour une concertation ?  
Il importe de définir qui doit venir autour de la table. Imaginez une concertation sur la coordination de dialyses à domicile : seuls les acteurs directement concernés par ces procédures doivent être invités à la réunion.
2. **Prolongement d'initiatives existantes** : des réseaux existent à différents niveaux, souvent organisés dans le cadre d'une optique bien précise. Il peut être utile de mettre ces différents réseaux en liaison. Il convient en outre de vérifier si divers réseaux ne sont pas actifs dans le même domaine ; on identifiera les "doublons" et on rationalisera les réseaux.
3. Organisation d'une **concertation multidisciplinaire**  
Il existe déjà beaucoup de structures de concertation (voir point précédent), l'intention n'est pas de créer encore de nouvelles structures. Les structures existantes permettent toutefois de faciliter l'organisation d'une concertation multidisciplinaire selon d'autres modalités : utiliser par exemple l'infrastructure d'un RML pour organiser une concertation plus large entre tous les partenaires (patient, intervenant de proximité, assistant social, médecin, médecin spécialiste, infirmier(ère) à domicile) sur un thème donné, p. ex. les soins de plaies. Les COM existantes sont souvent organisées autour d'une situation ou d'une mission spécifique. Dans les soins à domicile, par exemple, on connaît les "Services intégrés de soins à domicile" (SISD). Ceux-ci adoptent la définition suivante de la concertation multidisciplinaire : "*Réunion physique ou non de plusieurs intervenants professionnels*



concernés, en présence ou non du patient et de son intervenant de proximité, pour se concerter et parvenir à une planification des soins selon des modalités convenues." Les missions d'un SISD sont surtout axées sur l'organisation pratique et l'appui à la concertation multidisciplinaire autour de la personne présentant des besoins de soins complexes. À l'occasion de la sixième réforme de l'État, la compétence relative aux SISD a été transférée aux entités fédérées.

Un exemple pratique en Belgique :

Il existe à Louvain une "Vroeg Interventieteam voor snelle opvang van vroege psychose" (Équipe d'intervention précoce pour une prise en charge rapide de la psychose naissante" ([VRINT](#)). VRINT offre une prise en charge, des conseils et un accompagnement à de jeunes adultes, et à leur entourage, qui éprouvent des difficultés telles que des sautes d'humeur, des troubles de la pensée ou du fonctionnement normal, qui pourraient indiquer une psychose naissante. Il s'agit d'une collaboration entre l'UPC Leuven, l'UZ Leuven et les CSM.

(Personne de liaison) Une assistante sociale participe au projet depuis l'hôpital. Elle assume elle-même certains accompagnements et, en vertu de sa grande expérience, conseille d'autres membres de l'équipe (référénts hospitaliers pour la continuité des soins, médecins...)

(Concertation multidisciplinaire) Une bonne collaboration existe avec des partenaires des soins régionaux à domicile. Le groupe cible concernant souvent des jeunes et des étudiants, une collaboration étroite est entretenue également avec les CLB (centres d'accompagnement scolaire) et les services d'accompagnement d'étudiants, ainsi qu'avec l'accompagnement au marché du travail du VDAB.

Le patient et sa famille sont associés en tant que participants actifs tout au long de l'accompagnement et lors d'entretiens avec l'équipe interdisciplinaire.

Un exemple pratique en Belgique : un projet multidisciplinaire a été lancé dans le Limbourg pour le dépistage opportuniste du diabète et le renvoi pour diagnostic, intitulé "Taking care". Cette concertation multidisciplinaire a été mise en place afin de réduire le coût des patients diabétiques grâce à une identification précoce. Dans l'officine pharmaceutique, les clients sont invités à compléter un questionnaire et, le cas échéant, à subir une mesure de glycémie. Le résultat des tests est communiqué au client avec une invitation à le soumettre à son médecin généraliste. Médecin généraliste, pharmacien, kinésithérapeute, diététicien, tabacologue, coach de vieillissement ou éducateur au diabète sont impliqués dans le suivi du test.

Les résultats se sont avérés très positifs : une détection précoce a permis d'accompagner à temps un grand nombre de patients et d'éviter des frais d'hospitalisation et de traitement lourd élevés.

L'impact important enregistré par ce projet relativement simple est un succès facile à partager (voir la fiche "change management" "partage de succès et recherche d'améliorations rapides").

4. Désignez un **coordinateur de concertation** →

Ceci a lieu au "niveau méso", c'est un coordinateur qui facilite la concertation entre partenaires. Dans ce cas, il ne s'agit plus de définir le plan de soins spécifique d'un patient, au niveau micro, mais de rassembler des partenaires.



L'exposé des motifs du décret flamand sur les soins et le logement formule la mission du coordinateur de concertation en ces termes (traduction libre) : "Le coordinateur de concertation assure le soutien pratique et administratif de la concertation multidisciplinaire liée au patient individuel, à la demande de l'utilisateur, du médiateur de soins ou d'un autre prestataire de soins. Le coordinateur de concertation n'est pas impliqué dans les soins. Il/elle organise la concertation, préside la table de concertation d'un point de vue neutre et apporte un soutien administratif à l'établissement et/ou à l'ajustement du plan de soins. Le coordinateur de concertation n'a toutefois aucun droit de regard dans la mise en œuvre et la planification des soins ni dans la définition du contenu du plan de soins."

Concrètement, les tâches d'un coordinateur de concertation décrites dans le décret sur les soins et le logement sont les suivantes :

- Traitement de la demande de concertation (feedback au demandeur, demande d'informations manquantes, contrôle des critères, enregistrement...)
- Planification et préparation (Doodle/téléphone, rédaction de l'invitation, préparation du contenu, impression du formulaire de remboursement, déclaration du médecin, déclaration du patient, ...)
- Direction de la concertation (présidence de la concertation, garantie d'une composition indépendante, souci d'un climat de confiance mutuelle, encouragement du médiateur de soins et de tous les participants à explorer et inventorier les problèmes, création d'un espace pour les aspects de vécu, renforcement du médiateur de soins et de tous les acteurs des soins dans leur rôle et leur mission).
- Suivi (rédaction du procès-verbal, envoi du PV par mail/par courrier, administration SEL, administration pour sa propre organisation, ...).

On fait donc appel à ce coordinateur de concertation en fonction de la concertation. En raison de sa mission, il est essentiel qu'il ne soit pas impliqué dans la prestation d'aide; il doit pouvoir écouter tous les points de vue, donner la parole à tous, ne pas prendre position. Et ceci par opposition au médiateur de soins qui défend en premier lieu les intérêts du client et qui en vertu de sa position de prestataire d'aide n'a pas une attitude neutre. Le coordinateur de concertation, en revanche, ne doit donc pas défendre à tout prix les intérêts du client, mais laisser s'exprimer tous les points de vue, intérêts et préoccupations.<sup>1</sup>

Attention ! Les accords fait lors de la concertation doivent être respectés : est-ce qu'ils se réalisent, et est-ce qu'ils sont suffisants pour rencontrer les besoins de soins. Le coordinateur de concertation doit indiquer pendant la concertation qui prendra le rôle de évaluateur et comment cette évaluation sera mise en œuvre. En instaurant un système d'évaluation et suivi, le rendement sur l'investissement dans la concertation augmente de manière importante.

5. Focalisation dès le départ sur une **collaboration entre secteur social et médical**, entre les différentes strates et fonctions
  - Expérience du [North West London Whole Systems Integrated Care](#) : c'est un projet de soins intégrés reliant 8 quartiers de Londres. Les promoteurs du projet ont constaté qu'un manque de connaissance du rôle de chacun était à l'origine d'une coordination déficiente entre les différents prestataires de soins. Il vaut mieux préciser d'abord les

---

<sup>1</sup> "Casemanagement Visienota Eerstelijnszorg – Microniveau", Concertation intermutualiste, 25/04/2016





rôles de chacun des partenaires concernés, et ensuite échanger des valeurs et débattre de situations conflictuelles. Un médecin, par exemple, a une connaissance insuffisante de ce que fait un assistant social ou un kinésithérapeute. Lorsque les gens reconnaissent leur rôle mutuel, ils peuvent mieux collaborer.

### 3. Pièges / points d'attention

- La coordination est un élément de l'intégration, ce n'est pas l'intégration en soi.
- Tenir compte des initiatives / structures existantes et des sensibilités de celles-ci
- Éviter la "concertation pour se concerter", éviter la croissance inutile des obligations de concertation imposées aux prestataires de soins
- Éviter les initiatives isolées, non concertées et coûteuses
- Trouver un langage commun entre services de santé et services sociaux (cf. échange de données : il faut définir un langage standard pour qualifier l'état du patient et de l'entourage)
- Veiller à n'exclure personne : prestataire de soins, intervenant de proximité et patient ont chacun un rôle à jouer et une signification, qu'il faut reconnaître et entendre.
- Le rôle de la concertation n'est pas de retirer certaines tâches aux acteurs, l'objectif est de mieux harmoniser et accorder entre elles les tâches des différents acteurs.
- Rechercher le gagnant-gagnant : quel est le bénéfice, pour les acteurs concernés, d'une concertation et d'une action coordonnée ?

### 4. Situation actuelle en Belgique

La nécessité d'une concertation et d'une coordination est reconnue depuis longtemps et a même débouché sur divers services, structures ou plates-formes, tant au niveau médical que social. Ces initiatives ont des missions comparables, mais se distinguent entre elles tant par le groupe cible auquel elles s'adressent (pour l'ensemble des patients ou spécifiquement axées sur certains groupes cibles, comme les plates-formes de concertation en soins de santé mentale et en soins palliatifs, ou les réseaux multidisciplinaires locaux (RML)), que par leur composition (monodisciplinaire ou multidisciplinaire, exclusivement 1<sup>ère</sup> ligne ou en y associant les hôpitaux, etc.) et leur instance de tutelle (fédérale, régionale, communautaire, provinciale ou locale, voire même des initiatives privées).

La concertation et la coordination sont donc déjà largement bien installées et une grande expertise de terrain existe déjà dans ce domaine. Voici quelques initiatives/réseaux existants :

**a. Au niveau fédéral :**

- i. [Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging GDT/ Services intégrés de Soins à domicile SISD](#) (**transférés aux entités fédérées par la sixième réforme de l'État; encore financés par l'INAMI jusqu'au 31/12/2017**)
- ii. Huisartsenkringen / Cercles de médecins généralistes
- iii. [Plateformes de concertation en soins de santé mentale](#)

**b. Au niveau des entités fédérées :**



- i. [Plateformes de soins palliatifs](#) / [Netwerken Palliatieve zorg](#) / [Palliabru](#)
  - ii. [Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg \(SEL\)](#)
  - iii. Centre de coordination de soins à domicile
  - iv. LMN/RML
- c. **Au niveau local :**
- i. Les CPAS organisent différentes initiatives pour coordonner les divers services d'aide sociale (par exemple Zorgcoördinatie Sint-Niklaas: <http://www.tpunt.be/page69613530.aspx> )

## 5. Références

**Supporting integration through new roles and working across boundaries**, Helen Gilbert, juin 2016, The King's Fund

[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/Supporting\\_integration\\_web.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Supporting_integration_web.pdf)