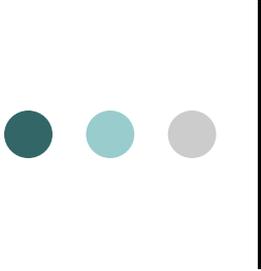


**2ème Colloque Aquitain
de Soins Palliatifs et d'Accompagnement**
13 octobre 2011 - Arcachon

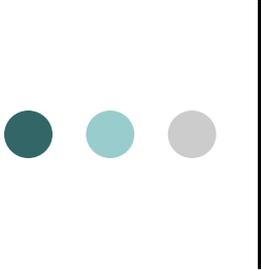
Atelier 5 : Comment faire équipe entre équipes?

Autour du travail de coordination :
l'expérience du réseau HLA33
Handicap Lourd Aquitaine

Dr COSTE E,
Médecin MPR, Coordinateur réseau HLA 33



Le réseau HLA33



Origine du réseau

- Lors d'une journée de formation en 2000
- A partir de constats concernant les difficultés dans la prise en charge de certains patients en situation de handicap lourd à domicile



Le Réseau HLA33, une réponse possible

- Créé en 2004
- Porté par une association loi 1901 :
Association Handicap Lourd Aquitaine



Objectifs du réseau HLA33

A partir d'une expertise globale des situations de handicap

- **Optimiser les prises en charge à domicile**
- **Compenser les situations de handicap**
- **Coordonner**
- **Prévenir, éduquer et former**



Le Réseau HLA33 repose sur...

- des moyens financiers...

désormais par le **Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)**

- des moyens humains...

Un comité de pilotage de **12 personnes**

représentant l'ensemble des intervenants, professionnels ou non, du champ du handicap :

médecins spécialistes hospitaliers ou de centre de rééducation

médecins spécialistes libéraux

paramédicaux

représentants d'usagers



Le Réseau HLA33 repose sur...

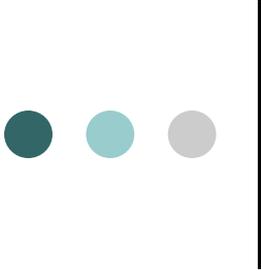
Une équipe réseau de *7 personnes*

Une équipe mobile : 5 personnes

un médecin de médecine physique et de réadaptation, coordonnateur médical	(1 ETP)
une psychologue	(0.8 ETP)
deux ergothérapeutes	(1.5 ETP)
une assistante sociale	(1 ETP)

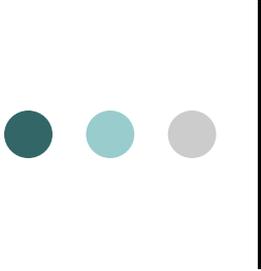
Une équipe administrative : 2 personnes

une secrétaire	(1 ETP)
une coordonnatrice administrative	(0.5 ETP)



Le « cadre » d'intervention du réseau HLA33

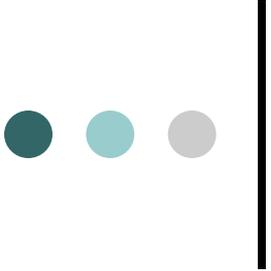
- Adulte de moins de 75 ans, présentant un handicap lourd, non sensoriel ni psychiatrique, vivant à domicile en Gironde**
- Le réseau HLA33 n'est pas un réseau « ville – hôpital »**
- L'intervention est limitée dans le temps mais peut se renouveler si nécessaire**



Caractéristiques de la population prise en charge dans le cadre du HLA33

Le réseau aujourd'hui :

- **7 années de fonctionnement**
- **Plus de 700 personnes suivies**
- **File active de 150 à 160 personnes**
- **Réseau transversal**



Caractéristiques de la population prise en charge dans le cadre du HLA33
(suite)



Pathologie neurologique dans 83.3% des cas

Pathologie vasculaire cérébrale (>20%)

SEP (14%)

Pathologie médullaire (12%)

...

Syndromes parkinsoniens type AMS

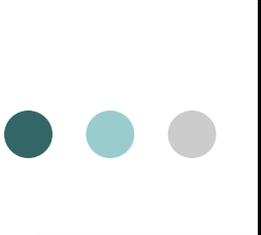
Maladies héréditaires et dégénératives

Tumeurs du système nerveux central



Objectifs du réseau HLA33

1. Optimiser les prises en charge à domicile
2. Compenser les situations de handicap
- 3. Coordonner**
4. Prévenir, éduquer et former



La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles

Étude de la Fondation Paul Bennetot par le centre de Gestion Scientifique Étude de la Fondation Paul Bennetot par le centre de Gestion Scientifique de Mines-PariTech : Marie-Aline Bloch; Fev 2011.

3 niveaux

- 1- **Macro institutionnel** des décideurs et financeurs (national ou territorial)
- 2- **Méso organisationnel** des structures de prise en charge
- 3- **Micro opérationnel** de la personne et des aidants

2 types de coordination

- **Horizontale** entre les acteurs

Mais hétérogénéité des acteurs, des objectifs, des points de vue entre les secteurs sanitaire, médico-social et social

- **Verticale**

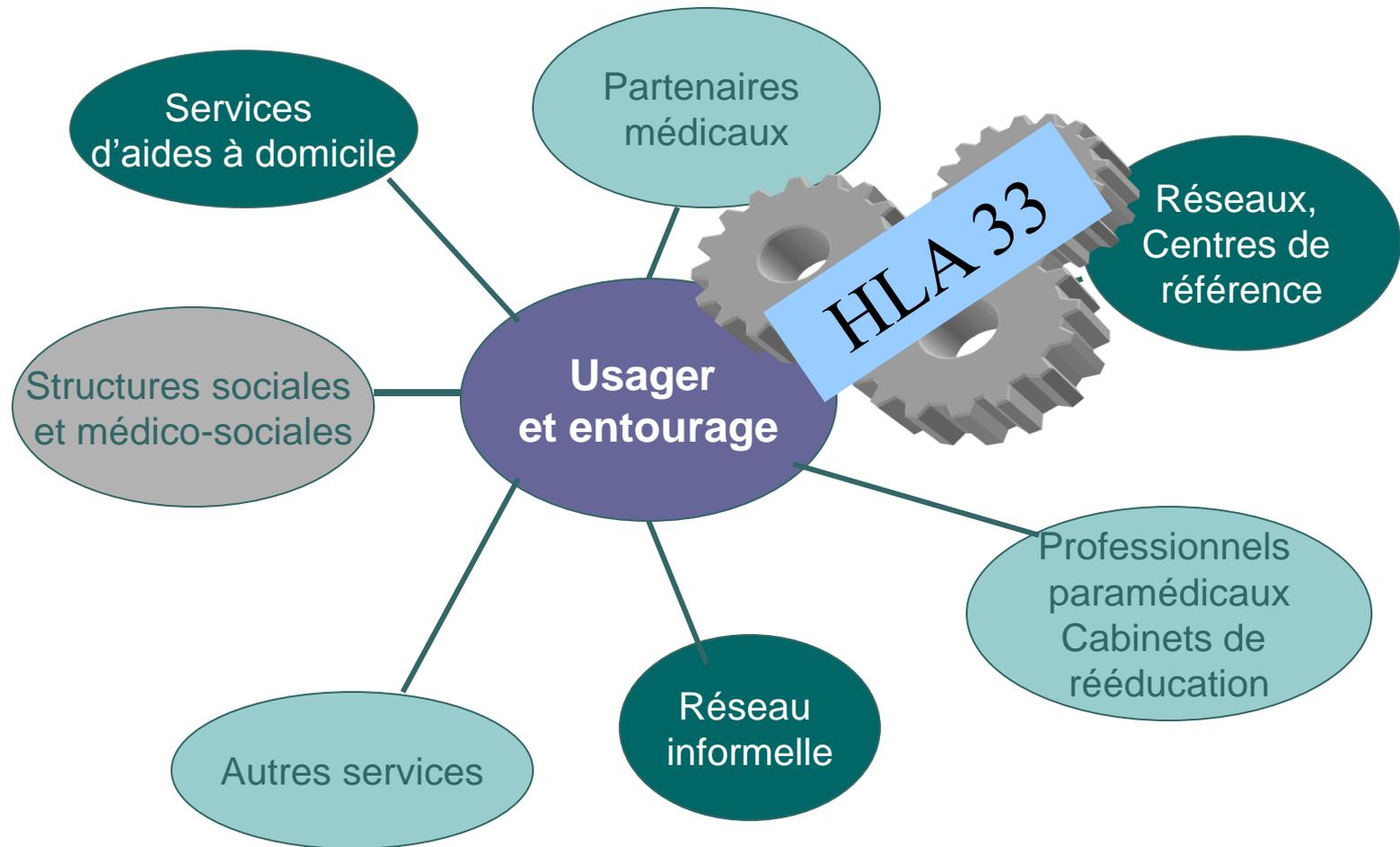
Mais difficultés d'arbitrage entre qualité et contraintes budgétaires

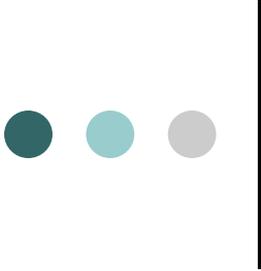
Niveau 3 : Micro opérationnel de la personne et des aidants

- Coordination interne au sein de l'équipe mobile du réseau
- Coordination externe : en lien
 - Avec les professionnels de santé :
 - Les confrères généralistes et spécialistes
 - Les professionnels du secteur ambulatoire
 - Les autres partenaires impliqués (réseaux et centres de références)
 - Avec les autres professionnels impliqués :
 - Les services d'aide à domicile
 - Les structures sociales et médico-sociales
 - Les usagers et leur entourage :
 - La famille
 - Le réseau informel

Coordonner

Niveau 3 : Micro opérationnel de la personne et des aidants





Coordonner

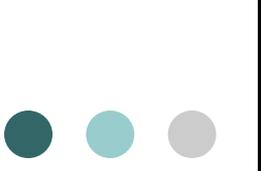
Niveau 3 : Micro opérationnel de la personne et des aidants

- Moyens / Outils :

- Un référent par situation
- Contacts directs ou indirects
- Courriers, compte rendus, supports de transmission
- Réunions internes, pluriprofessionnelles, pluridisciplinaires

 Notre pratique quotidienne, une expérience, une compétence...

 Quelle place pour le « gestionnaire de cas » ?



Coordonner

Niveau 1- Macro institutionnel des décideurs et financeurs (national ou territorial)

Un contexte contraint :

- ARS : une mise en place récente de l'agence
- Manque de lisibilité sur les structures existantes ou en projet
- Contraintes budgétaires indiscutables
- Opacité des politiques publiques / pérennité des structures

Des attentes :

- Lisibilité sur les indicateurs d'évaluation (notamment de la coordination)
- Référent / animateur réseau par territoire et au niveau national
- ...

Niveau 2- Méso organisationnel des structures de prise en charge

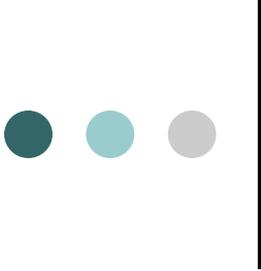
- Manque lisibilité dans nos coopérations :
Partenariats multiples mais non formalisés
- Volonté de mieux coordonner entre les structures de coordination
+ Augmentation de l'offre de coordination mais...

 de probable redondances et besoins non couverts



Intérêt de structurer un « **méta-réseaux** »
animé par un « chef d'orchestre »

qui aurait une connaissance des structures existantes, des frontières entre les structures
(compétence et géographique)



Comment faire équipe entre équipes ?

En théorie:

Différentes approches

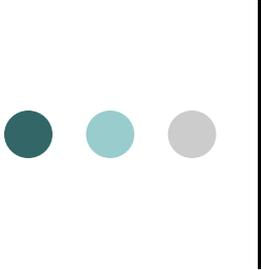
- Pluridisciplinaire ou multidisciplinaire
- Interdisciplinaire
- Transdisciplinaire

Multi ou pluridisciplinarité

(Faire à coté de...)

- Plusieurs disciplines
- Juxtaposition des données
- Outils et langage propres
- Absence de synthèse commune

- Prise en charge globale ?



Coordonner

Interdisciplinarité

(Faire avec...)

- Mise en commun de connaissances et compétences
- Dialogue, enrichissement mutuel
- Langage et outils communs
- Coordination de l'équipe

- +/- patient et entourage impliqués

Transdisciplinarité

(Faire ensemble...)

- Démarche commune,
- Pas de prépondérance d'une discipline par rapport à une autre
- Langage et outils communs
- Coordination de l'équipe

- Le patient et son entourage co-producteurs

La coordination dans le champ sanitaire et médico-social

La coordination demande :

Du temps

De l'implication

Du décloisonnement

Des « compétences relationnelles »:

Accepter le regard d'autres professionnels

Accepter parfois aussi les conflits
implicites ou explicites

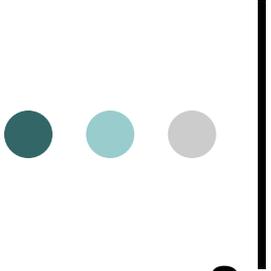
Entente, confiance, responsabilité

Rechercher un consensus, un compromis

La coordination génère :

De la satisfaction

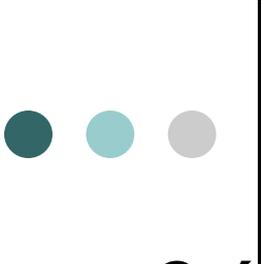
De la frustration



Comment faire équipe entre équipes ?

En pratique :

- **Se connaître**
- **Définir un cadre :**
 - Qui demande quoi, à quel titre et pourquoi / pour quoi?
 - Coopération, expertise, relais...
 - Quel référent ? Rôle des différents professionnels ?
 - Partager les responsabilités
- **Définir des objectifs :**
 - Mise en commun des connaissances et compétences
 - Objectifs communs ou dissociés :
 - qui fait quoi, quels moyens, en combien de temps ?
 - Éviter les « doublons », les imprécisions...
- **Faire circuler l'information**
 - Avoir un langage commun
 - Communiquer de façon efficace et adaptée



Comment faire équipe entre équipes ?

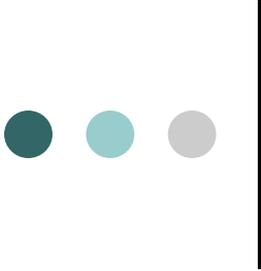
→ Créer une dynamique d'équipe

Entre équipes constituées : réseaux / autres partenaires

- Habitudes de fonctionnement
- Outils partagés (compte rendu, transmissions d'information...)

Entre équipes informelles : équipes de prises en charge à domicile

- Réelles volontés de partage
- A initier par le réseau :
 - Recueil d'informations, de bilans, valoriser les compétences de chacun...
 - Proposer un soutien, de l'information, de la formation
- En retour, « engagement » des professionnels :
 - Rendre compte de leur pratique, informer le réseau des évolutions, participer à des réunions pluri- professionnelles ou pluridisciplinaires



Conclusion

La coordination

Complexe car

- Les situations de vie des personnes que l'on suit sont complexes, mobiles... : intérêt d'approches croisées
- L'offre de coordination est en augmentation :
Fragmentation du système, moins de lisibilité pour les usagers, risque de redondances ou de manques...
- Les directives des pouvoirs publiques sont opaques et changeantes

Cycle de vie d'une structure dédiée à la coordination

Actions conduites par les acteurs de terrain

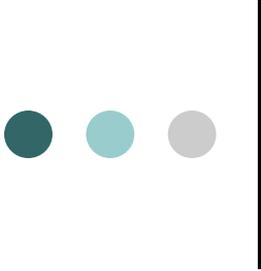
- PHASE I
↓
Initiation / émergence
- PHASE II
↓
Montée en charge / phase expérimentale
- PHASE IIIa
Fonctionnement en routine - Statut précaire
- PHASE IIIb
Fonctionnement en routine - Statut pérenne
- PHASE IV
↓
Fin

Actions conduites par les pouvoirs publics

EVALUATION

MODELISATION

DIFFUSION / GENERALISATION



Conclusion

La coordination

Riche car

- Garantit la continuité et la cohérence des soins, des services et des accompagnements
- Basée sur une éthique commune et un souci d'amélioration de la qualité des soins
- Participe à l'amélioration de nos pratiques individuelles et collectives
- Ouverture vers d'autres pratiques, d'autres fonctions, d'autres défis...