



HAL
open science

**Les réunions de concertation médico-psycho-sociale
comme outil de prise en charge des personnes précaires :
le regard des participants aux RCP du Réseau Périnatal
Aquitaine**

Lucile Astar

► **To cite this version:**

Lucile Astar. Les réunions de concertation médico-psycho-sociale comme outil de prise en charge des personnes précaires : le regard des participants aux RCP du Réseau Périnatal Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01601498

HAL Id: dumas-01601498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01601498>

Submitted on 2 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par **ASTAR Lucile**
Née le 18 mars 1985 à PARIS

Le 6 septembre 2017 à Bordeaux

Titre de la thèse

Les réunions de concertation médico-psycho-sociale comme outil
de prise en charge des personnes précaires :
le regard des participants aux RCP du Réseau Périnatal Aquitaine.

Directeur de thèse

Monsieur le docteur C.ADAM

Pr F. BONNET, Professeur d'Université Praticien Hospitalier
Dr F. PETREGNE, Professeur associé
Pr J-P. JOSEPH, Professeur d'Université Médecin Généraliste
Dr Ph. CASTERA, Professeur Associé
Dr C. ADAM, Maître de Conférence Associé

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge

*Je dédie cette thèse à ma maman qui m'a transmis son amour de la médecine
et son amour pour la vie...*

TABLE DES MATIERES

Remerciements	i
Abréviations	ii
Index des figures	iii
Index des tableaux	iv
Introduction.....	1

1^{ère} partie : contexte et justification

1. Inégalités sociales de santé

1.1	Comment définir les inégalités sociales de santé ?	3
1.2	Les déterminants sociaux de la santé	3
1.3	Le gradient social de santé	4
1.4	Les ISS en France	5
1.5	Inégalité de santé et femmes enceintes.....	6

2. Réunions de concertation pluridisciplinaires

2.1	Définition	7
2.2	Prendre en compte les spécificités.....	7
2.3	Les modèles de décisions pluridisciplinaires.....	8
2.4	RCP et Réseau Périnatal Aquitaine	11

2^e partie : étude

1. Introduction à l'étude

12

2. Méthodes

2.1	Schéma général.....	12
2.2.	Choix de la méthode	12
2.3.	Elaboration du guide d'entretien	13
2.4.	Populations	14
2.5	Entretiens	14
2.6	Recueil des données	14
2.7	Analyse des données	15

3. Résultats

3.1	Caractéristiques de la population d'étude	16
3.2	Caractéristiques des entretiens	17
3.3	Résultats de l'étude	17
3.3.1	L'impact des RCP vu par les participants interrogés.....	18
3.3.1.1	Impact positif.....	18
3.3.1.2	Impact négatif	22
3.3.2	Méthodologie du dispositif.....	25
3.3.2.1	Consensus	25
3.3.2.2	Débats	27
3.3.3	Pistes d'amélioration.....	30
3.3.3.1	Propositions de l'enquêteur.....	30
3.3.3.2	Propositions des participants	33

4- Analyse et discussion

4.1	Méthodologie.....	36
4.1.1	Echantillon	36
4.1.2	Recueil de données.....	36
4.1.3	Traitement de l'information	37
4.2	Résultats.....	37
4.2.1	L'impact des RCP.....	37
4.2.1.1	Impact positif.....	38
4.2.1.2	Impact négatif	41
4.2.2	Méthodologie du dispositif.....	42
4.2.2.1	Consensus	43
4.2.2.2	Débat	44
4.2.3	Pistes d'amélioration.....	46
4.2.3.1	Propositions de l'enquêteur.....	46
4.2.3.2	Propositions des participants	47
Conclusion		50
Bibliographie		51
Annexes		55

REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Praticien Hospitalier en Médecine Interne

Vous m'avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce jury de thèse. Je vous en remercie et vous assure de ma très sincère gratitude et de mon plus profond respect.

Au jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur d'Université Médecin Généraliste

Merci pour votre enseignement qui a été d'une grande importance dans ma formation, j'ai apprécié pratiquer la médecine générale à votre côté. Je vous suis très reconnaissante pour votre patience, et votre soutien ces dernières années. Merci également d'avoir accepté de participer à ce jury.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur Associé de médecine générale

Je vous suis très reconnaissante de vous compter parmi mes juges. Je vous remercie de votre compréhension et de votre grande disponibilité à mon égard.

Monsieur le Docteur François PETREGNE

Professeur Associé de médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, merci pour l'attention que vous y avez porté et le temps que vous m'avez accordé.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de Conférences Associé de médecine générale

Merci de m'avoir fait confiance en me confiant ce travail. J'ai beaucoup d'admiration pour ton enthousiasme et ta motivation à sensibiliser les futurs généralistes à la thématique de la précarité et de la vulnérabilité. Cela a été d'un intérêt majeur dans ma formation.

Aux médecins et paramédicaux qui m'ont chaleureusement accueillie :

Merci aux Docteurs Dipalma et Naga pour votre accueil au CH marmandais, votre bonne humeur et votre soutien inconditionnel.

Aux Docteurs Gougnès et Gaillard, merci pour la découverte de la pratique de la médecine générale rurale, les visites chaleureuses dans les montagnes basques et votre modèle intéressant de maison médicale et d'éducation thérapeutique.

Au Docteur Valdenaire, tous mes remerciements pour ton attitude si prévenante à mon égard et ta manière de diriger ton service avec beaucoup d'altruisme et de bonne humeur.

A l'équipe des urgences du CHU de Bordeaux, pour leur enseignement attentif même dans la cohue.

Au Docteur Rault, votre intelligence et votre patience sont admirables. Merci pour votre enseignement.

Au Docteur Fayolle. J'ai beaucoup apprécié ta grande empathie, ta gaieté et ton professionnalisme.

Au Docteur Demeaux pour votre enseignement bienveillant de la médecine générale et votre grande disponibilité.

Au Docteur Boutges, pour m'avoir permis de découvrir la pratique des TCC et de l'entretien motivationnel.

A l'ensemble des personnels du foyer Leydet, pour leur investissement, leur travail pour l'amélioration du quotidien des personnes accueillies. Avec une pensée particulière pour l'équipe des LHSS.

A l'équipe de pédiatrie et de gynécologie d'Arcachon.

Merci à l'ensemble des personnes médicales et paramédicales que j'ai croisé dans mon parcours professionnel qui m'ont appris ma profession que j'entreprendrai d'améliorer au fil des années.

Remerciements personnels :

A Thibault pour tes relectures, ton soutien au quotidien, tes encouragements, ton optimisme et tes multiples projets pas toujours si insensés.

A Rafaël et Anna qui ont su se montrer patients lors de la rédaction de cette thèse et qui embellissent chacun de mes jours.

A ma tante Brigitte pour tous tes soins et pour ta relecture, tes corrections minutieuses.

A ma sœur Lolie pour ton aide et ta lecture consciencieuse du verbatim.

A Nathan et à Guy pour leur anglais impeccable et leur disponibilité.

A mon papa et à Christine pour toutes vos attentions et vos encouragements. Merci à toi papa de m'avoir donné le goût de la médecine générale.

A ma belle-famille, pour leur accueil chaleureux.

A mon Abelle qui ne voyait que le meilleur en moi et qui m'a hébergé pendant les années d'externat.

A ma nombreuse famille que j'aime tant.

A Kassia, Louis, Cécile et tous ces souvenirs qui nous lient.

À mes amis et compagnons d'études Laure, Hannan, Nima, merci pour ces belles rencontres et tous ces moments partagés lors de ce long parcours.

A ceux qui sont venus l'enrichir Julie, Eric, cheffiotte et Olivier, Nané, Ilma, Pauline.

Merci aux participants de cette étude de m'avoir accordé ces entretiens, de leur disponibilité et de leur accueil.

Merci à Madame Blasquiz, coordinatrice du réseau Périnat Aquitaine pour ses conseils et son énergie.

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CAIO : Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISS : Inégalité Sociale de Santé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAIA : Méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers	5
Figure 2 : Pyramide de Kaiser	8
Figure 3 : L'impact positif des RCP	22
Figure 4 : L'impact négatif des RCP	24
Figure 5 : Méthodologie du dispositif	30
Figure 6 : Pistes d'amélioration.....	35

INDEX DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude	16
--------------------------------------------------------------------	----

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les différents textes portant réforme de l'organisation de l'offre de soins et de la santé, ont fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité.(1)(2) Ainsi, la loi de santé publique de 2004 compte dans ses objectifs la réduction des « inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires»(3). Devant cet enjeu de santé publique, les ARS sont missionnées pour mettre en œuvre des actions régionales.(4)

Pourtant, cette question ancienne (datant d'une cinquantaine d'années) reste difficile à cerner et à résoudre tant elle est plurifactorielle.

De manière générale, il existe une mortalité et une morbidité évitables chez les patients en situation de précarité(5). Ils semblent ne pas toujours bénéficier d'une prise en charge optimale, et les stratégies thérapeutiques intègrent peu leurs spécificités culturelles ou sociologiques.

Les inégalités sociales de santé touchent également les femmes enceintes, la précarité étant un facteur de risque obstétrical et périnatal connu. Les enquêtes nationales périnatales, dont la plus récente est parue en 2010, l'ont de nouveau confirmé. (6)

Il existe une nécessité d'amélioration de la prise en charge globale autour de la naissance, dans un souci de protection de la mère et de l'enfant. D'après le plan périnatalité 2005-2007 cette amélioration passe par un souci de continuité et de cohérence de la prise en charge de femmes enceintes précaires, qui nécessite un travail en réseau des acteurs concernés.(7)

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de différentes disciplines et dont les compétences sont nécessaires pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge.(8)

Le but de ces réunions est d'améliorer la cohérence des prises en charge de patients cumulant à la fois des difficultés médicales, psychologiques, sociales et administratives, en prenant en compte la globalité de la vulnérabilité d'un individu.

Ce dispositif est un élément essentiel de la prise en charge cancérologique, mais cette méthode peut être utilisée dans d'autres contextes, de nombreuses spécialités l'ont progressivement adoptée, notamment pour des prises en charge complexes.

Les RCP ne sont donc pas nouvelles (déjà présentes dans le plan cancer 2003), mais l'intérêt et surtout la mise en œuvre dans le milieu de la précarité sont très récents.(9)

L'idée est de décloisonner les champs médicaux, sociaux et psychiatriques afin d'élaborer un projet de soins et d'accompagnement, adapté au patient et prenant en compte ses spécificités propres. En effet, ne considérer que l'aspect biomédical est souvent insuffisant pour comprendre les différents enjeux liés à la prise en charge de cette population.

De nombreuses RCP précarité ont vu le jour ces trois dernières années partout en France et notamment à Bordeaux avec la création de RCP du réseau périnatal Aquitaine, des lits halte soins santé de Leydet et du CHU (réunions cas complexe).

Malgré le succès que rencontrent aujourd'hui les RCP précarité, il n'existe pas de travaux étudiant l'intérêt de ce type de dispositif.

Nous avons donc décidé de nous pencher plus particulièrement sur le fonctionnement de la RCP femmes enceintes vulnérables montée par le Réseau Périnatal Aquitaine. Nous avons interrogé les professionnels participants, en tentant de répondre à ces questions : après 2 ans de fonctionnement, ce nouveau modèle d'analyse et de décision commune leur est-il utile? Quels sont les impacts des RCP sur les pratiques professionnelles ? Comment évaluent-ils l'opérationnalité des RCP et comment les améliorer ?

Les inégalités sociales de santé sont un sujet complexe. Les patients cumulant des difficultés sociales, médicales et de santé mentale sont les cibles de différents programmes nationaux de lutte contre ces inégalités. S'intéresser à un nouveau modèle d'analyse de la complexité biopsychosociale, participe donc au projet de faire de notre système de santé un outil pour tous, d'équité et de cohésion sociale.

1^{ère} partie : contexte et justification

1. Inégalité sociale de santé

1.1. Comment définir les inégalités sociales de santé (ISS) ?

Tout d'abord, qu'est-ce que la santé ? Depuis cinquante ans, les définitions évoluent, varient, prennent différentes formes selon les enjeux économiques, sociaux, médicaux, illustrant la difficulté d'une définition universelle.(10)

D'après l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (11). Cette définition est la première née en 1946.

Puis une vision plus dynamique est faite de la santé, celle-ci devient un processus et non plus un état.(12)

Pour l'équipe ISIS, « inégalité sociale, industrialisation et santé », de l'Inserm:

« La santé est un phénomène dynamique par lequel l'individu se construit et chemine, processus qui inscrit dans le corps, dans la personne, les empreintes du travail, des conditions de vie, des événements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce dont est faite une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au cœur desquelles elle s'insère. » (13)

Pour l'INPES, les inégalités sociales de santé sont des « écarts d'état de santé socialement stratifiés. Elles touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux ».(14)

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les ISIS, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. « A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques. Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie. » (15)

Pour combattre les inégalités sociales de santé il faut également cibler ce qui induit ces inégalités.

1.2. Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont un « ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres » (14).

En France, en 1987, le rapport Wresinski souligne l'importance des déterminants sociaux de santé comme facteurs d'inégalités en allant bien au-delà du seul accès aux soins.(16)

La santé est influencée par la génétique, les comportements individuels (tabagisme, alimentation, activité physique...) et l'accès aux soins. Mais cela n'explique pas entièrement l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux.

D'après l'INPES « les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux. » (17)

Les conditions de vie quotidiennes ont une grande incidence sur l'équité en santé. L'accès à un logement et à un hébergement de qualité, à de l'eau propre et à des services d'assainissement est un droit de l'homme et une condition de base pour mener une vie saine. (14)

Dans un souci de justice sociale, l'OMS a constitué en 2005 la Commission des Déterminants sociaux de la Santé afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action. Pour la Commission, réduire les inégalités en santé est une question de justice sociale et un impératif éthique.(15)

La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel: elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.

Les déterminants sociaux de santé peuvent agir comme facteur de risque ou facteur de protection selon la position sociale des individus. Cette distribution inégale explique pourquoi l'espérance de vie et la santé s'améliorent dans certaines communautés ou groupe de personnes mais pas ailleurs. C'est ce que l'on appelle le gradient social de santé.

1.3. Le gradient social de santé

Pour l'INPES, le gradient social de santé est l'« observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées ».

Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce «gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. (14)

1.4. Les ISS en France

En France le système de santé est considéré comme performant (par l'OMS notamment) et s'articule autour d'un système d'assurance maladie complet permettant un accès universel à la santé. (18)

La France a effectivement connu une amélioration constante de l'état de santé, avec un allongement de l'espérance de vie et un recul de la mortalité infantile.

Mais ces progrès n'ont pas profité de la même manière à tous:

Les améliorations de santé ayant été plus importantes pour les plus aisés, les ISS ont eu tendance à se creuser en quelques dizaines d'années.

C'est l'un des pays d'Europe où les écarts de mortalité sont parmi les plus forts, malgré une amélioration globale des indicateurs, les écarts ont tendance à augmenter (et particulièrement sous les effets de la crise économique). (19)

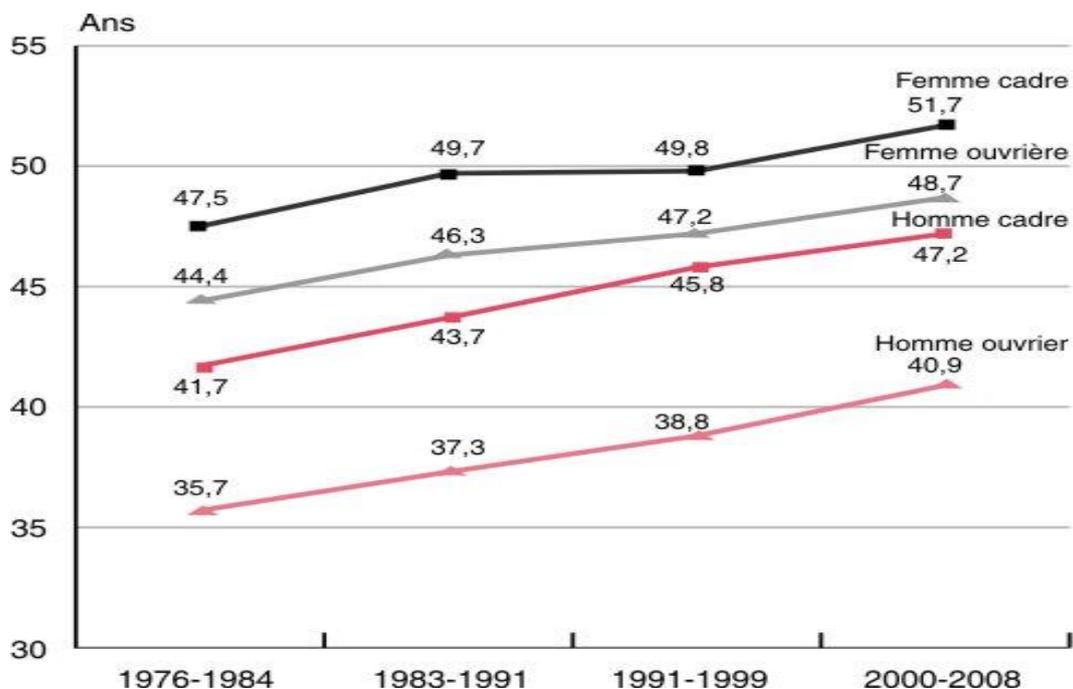


Figure 1 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers (20)

De plus, la proportion de cette espérance de vie vécue sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de marche ou gestes de la vie quotidienne) est plus importante chez les cadres supérieurs que chez les ouvriers.(14)

Cela illustre la double injustice pour les ouvriers, la "double peine" : une durée de vie moindre dans de moins bonnes conditions de santé.

Réduire les ISS constitue donc un objectif prioritaire de santé publique.

En 1994 et en 1998, le Haut Comité de la santé publique préconise d'agir sur les déterminants sociaux de santé (logement, conditions de travail...) qui deviennent ainsi une réalité audible. (21)

Plus récemment, la loi de santé publique de 2004 stipule que « la politique de santé publique concerne : [...] la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». (3)

1.5. Inégalité de santé et femmes enceintes

Les inégalités sociales n'épargnent pas les femmes enceintes. D'après l'enquête nationale périnatale 2010, la situation sociale s'est dégradée (depuis celle de 2003) pour les groupes les plus vulnérables, au risque d'accroître les inégalités sociales de surveillance prénatale, de prévention et santé à la naissance.

L'enquête nationale périnatale de 2010 aide à évaluer l'ampleur de la précarité chez les femmes enceintes.

En effet, 14,3% des femmes déclaraient être au chômage et 8,6% des ménages avaient des ressources provenant du Revenu Minimum d'Insertion ou de l'Allocation Parent Isolé, (5,5% pour d'autres aides).

De plus, 19,3% des ménages au moment de la naissance étaient des femmes vivant seules sans emploi, des couples où l'homme et la femme n'avaient pas d'emploi et des couples où l'homme et la femme étaient au chômage.

L'enquête souligne les disparités de santé : les femmes précaires développent davantage de pathologies durant leur grossesse. Elles sont plus souvent hospitalisées (24 %) que les autres femmes enceintes (18 %). Les taux de prématurité et d'hypotrophie sont également plus élevés lorsque les mères bénéficient d'aides publiques ou sont sans ressource, que chez celles ayant une activité professionnelle rémunérée. (4)

La première conséquence observable de la précarité maternelle est l'insuffisance de suivi de grossesse. La santé maternelle est elle aussi traversée par ce gradient social, tout comme l'est la santé périnatale avec un risque d'anomalies congénitales, de prématurité ou de retard de croissance qui augmente à mesure que la catégorie sociale ou le niveau d'éducation maternelle diminue.

L'impact sur la vie future que peuvent avoir les événements de la période périnatale fait que ces facteurs sont susceptibles d'être également des déterminants de la santé des enfants à plus long terme, voire des adultes pour lesquels une santé altérée pourrait à son tour déterminer une condition sociale précaire. (22)

2. Les réunions de concertation pluridisciplinaire

2.1. Définition (8)

L'HAS a défini les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) comme « regroupant des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment ».

Les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. Il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines concernées.

Selon l'HAS les RCP doivent être formalisées et organisées selon des principes bien précis. Le rythme des réunions doit être établi par avance, un coordinateur doit choisir les patients, avertir les professionnels permanents de la RCP ainsi que les référents du patients ou tout professionnel utile à la réflexion. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

Un professionnel référent doit être désigné pour assurer le suivi de la décision comme l'explication au patient et l'organisation de la prise en charge.

2.2. Prendre en compte les spécificités

L'ARS souhaite une prise en charge pluridisciplinaire des patients avec davantage de concertation entre les secteurs médicaux et sociaux et incluant les milieux extrahospitaliers afin d'améliorer le parcours de soin des patients complexes.

« L'organisation du parcours de soins des patients présentant des facteurs de vulnérabilité médicaux-psycho-sociaux nécessite une collaboration étroite entre les différents acteurs de la prise en charge : ville, hôpital et établissements médico-sociaux afin d'éviter les parcours erratiques voire les abandons de soins. En outre, pour les patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans ces différents champs, les professionnels de santé de premier recours peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, médicales, médico-sociales ou sociales, afin de garantir un parcours efficient. » (23)

- la pyramide de Kaiser :

Ce modèle est notamment utilisé pour les pathologies chroniques et permet de définir une approche structurée selon les différents degrés d'atteinte de la maladie et les besoins de la personne. L'objectif de ce modèle est de bien identifier les besoins des patients pour déterminer la cible prioritaire permettant de construire un continuum dans les soins.

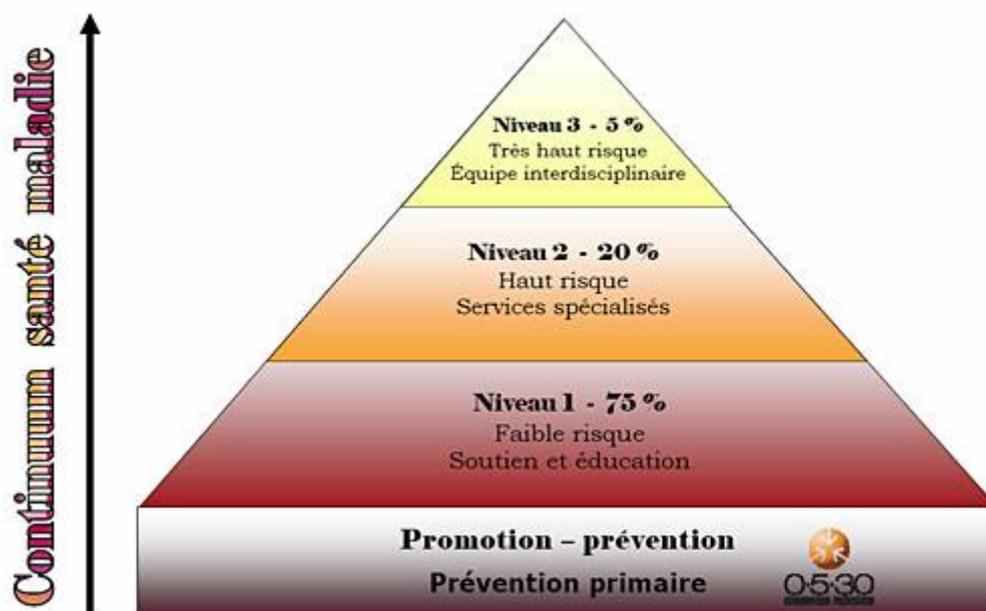


Figure 2 : Pyramide de Kaiser

Des actions concertées, dès le premier niveau, axées sur l'autogestion et une meilleure gestion de la maladie, appuyées sur des actions de prévention, permet de retarder l'atteinte des niveaux supérieurs.

Il s'agit donc d'une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes de soins aigus nécessités par l'exacerbation de la maladie. (24)

Ce modèle pourrait être applicable pour la prise en charge des femmes enceintes vulnérables: bien identifier les besoins des patientes afin de prioriser et coordonner les interventions qui auront le plus d'impact bénéfique au cours de leur suivi. En cas de grande complexité, il faut alors privilégier une prise en charge pluridisciplinaire.

2.3. Les modèles de décisions pluridisciplinaires

- Les RCP de cancérologie

Les concertations pluridisciplinaires sont au cœur du premier plan cancer (Plan cancer 2003-2007).

Il y est spécifié que chaque nouveau patient doit en bénéficier ainsi que d'un programme personnalisé de soins.

Dans ce cadre, chaque patient doit bénéficier d'un contact médical privilégié à travers l'identification d'un médecin de référence. (9)

Le plan cancer 2009-2013 réaffirme la place centrale des RCP en oncologie, et met en avant l'égalité de tous dans les soins.(25)

Parmi les mesures, figure l'obligation de discuter tout nouveau cas de cancer en réunion de concertation pluridisciplinaire.

D'après l'Institut National du Cancer (INCa), cette action est emblématique et sécurisante pour les malades, leur garantissant d'être traités selon les standards du moment, et cette confrontation des points de vue entre spécialistes participe également à la formation et à l'amélioration des pratiques professionnelles. (26)

La Haute Autorité de Santé a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.(27)

Ainsi, les établissements titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de suivre son évolution dans le temps.

La généralisation de l'indicateur RCP (28) a été menée en collaboration avec l'INCa. Cet indicateur permet d'appréhender l'exhaustivité et les modalités d'organisation des RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer. Il permet également d'évaluer la pluridisciplinarité des RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.

- Les MAIA :

MAIA signifie Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie. Ce dispositif concerne les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et leurs aidants.(29)

Le dispositif MAIA permet à partir d'une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) de construire, avec les partenaires institutionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial.

Pour gérer les problématiques autour de cas complexes, des gestionnaires de cas ont pour mission d'apporter une cohérence à la prise en charge. Ils sont référents et interlocuteurs directs de la personne, de sa famille et du médecin traitant.

Il s'agit de favoriser le décloisonnement, et ce dans les secteurs médico-social et sanitaire en organisant leur coopération. Les tables de concertation clinique réunissent les différents acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins. Le gestionnaire de cas organise la concertation des professionnels concernés par la situation pour mettre en commun les données d'évaluation et mettre en cohérence l'ensemble des interventions. C'est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et le référent des situations complexes.(30)

- RCP précarité à la PASS Verlainne

La PASS Verlainne a été la première à créer une RCP médico-psycho-sociale à visée des populations précaires complexes. Ce dispositif est donc plus proche de celui qui nous intéresse dans cette étude mais il reste toujours dans le cadre de la cancérologie.

Ces réunions de réflexion sont pluri-professionnelles et basées sur l'équité face à l'accès aux soins.(31)

Claire Georges-Tarragano, responsable médicale de la PASS Verlaine et présidente du collectif PASS en explique la création :

«C'est en se reposant sur le décloisonnement médico-social qui caractérise les PASS que nous avons mis en place à l'hôpital Saint-Louis les RCP médico-sociales et éthiques, sur le principe des RCP instituées par le plan cancer.

Elles ont pour but de rechercher l'intérêt supérieur de la personne au-delà de la perspective médico-technique du soin.

Ces réunions permettent également de prendre en compte la dimension collective en instituant une indispensable réflexion médico-économique en prenant en considération la balance coût bénéfice. Il s'agit ainsi également par cette réflexion de défendre la solidarité de notre système de soins et d'assurer à tous un accès à des soins de qualité »(32).

- Les RCP à prépondérance médicales :

Il existe une profusion de RCP dans le milieu médical, chaque spécialité (chirurgie, gastro-entérologie, cardiologie, infectieux, rhumatologie, neurologie,...) développant les siennes, surtout au sein des CHU. La part médicale y est souvent prépondérante, le pluridisciplinaire pouvant simplement indiquer la participation de différentes spécialités.

Des études de validations de ces RCP existent. Elles évoquent l'intérêt d'une réflexion commune devant la prise en charge de cas complexes et soulèvent parfois des points négatifs.

Une étude publiée par l'Association Française d'Urologie (faisant participer des oncologues, des radiothérapeutes et des urologues du secteur public ou privé) conclut à l'intérêt majeur des RCP lors de la discussion de dossiers complexes. Cet intérêt était moindre pour les patients relevant de conduites à tenir simples et bien établies par les référentiels édités par les sociétés savantes, du fait de son caractère chronophage. (33)

Une étude concernant les RCP pour endocardite infectieuse traduit un impact positif important de la RCP sur la prise en charge des patients.(34)

Une autre évaluant les RCP dans un cadre réseau ville-hôpital (entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques) vante le décloisonnement des différents acteurs et l'amélioration des possibilités de reprise du travail par une approche globale biopsychosocioprofessionnelle.(35)

Un travail, issu du secteur gynécologique strasbourgeois celui-ci (patientes et professionnels étaient impliqués), rapporte que « la RCP est jugée comme une nécessité par les soignants parce qu'elle amène une position consensuelle et raisonnée, qu'elle allège le poids d'une décision difficile et qu'elle favorise une vision plus globale de la personne soignée. Elle fait cependant l'objet de critiques. (...) Une décision compliquée est peut-être plus facile à prendre en groupe, mais il n'est pas certain que la singularité, c'est-à-dire l'ajustement individuel de la décision, soit particulièrement mieux abordée dans les RCP. (...)Le médecin référent qui connaît le mieux la patiente devrait

s'efforcer d'orienter le contenu des délibérations pluridisciplinaires sur les paramètres individuels du choix établi durant les consultations. » (36)

Pour la Société Française de Lutte contre le Sida tous les professionnels reconnaissent l'intérêt de ces réunions pour partager les expériences, améliorer les connaissances des participants et confronter les pratiques personnelles aux recommandations ou aux pratiques des experts. Elle soulève donc le caractère formateur de ces réunions.(37)

2.4. RCP et Réseau Périnatal Aquitaine :

Les réseaux de périnatalité se sont développés au cours des années 2000. L'objectif étant de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Le plan périnatalité 2005-2007 élargit les missions de ces réseaux qui ont pour but d'organiser la coordination et la communication nécessaires entre les professionnels en périnatalité des différents champs médicaux, sociaux et psychologiques.

Ce plan appuie également la création de réunions médico-psycho-sociales qui ont pour objectifs une prise en charge pluridisciplinaire plus cohérente.(7)

Sur Bordeaux et la CUB, différents acteurs intervenant dans le champ de l'action sociale, de l'hébergement d'urgence, de la protection de l'enfance et du soin sont confrontés à un nombre important de femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité. Des difficultés de prise en charge découlent de ces situations de complexité d'origine multifactorielle.

Un groupe de différents professionnels « Groupe femmes à la rue », devenu par la suite « Groupe Périnatalité - Grande Vulnérabilité », a été créé en 2013, afin de réfléchir à l'amélioration des interventions auprès des femmes enceintes précaires et à l'accueil de l'enfant à naître.

Il a été mis en place, courant 2014, une RCP réunissant les professionnels issus de divers champs professionnels et liés par le suivi particulièrement complexe d'une femme enceinte. Des professionnels sont également invités à titre d'experts, comme membres permanents, sans être forcément en charge du dossier traité.

Trois situations sont présentées lors de ces RCP mensuelles, animées par la sage-femme de coordination de territoire en périnatalité du Réseau Périnatal Aquitaine (qui a rejoint le groupe en 2014, ses missions rejoignant les objectifs du Réseau).

2e partie : étude

1. Introduction à l'étude:

Comme nous l'avons vu dans cette première partie, l'utilisation de RCP dans différents domaines, si elle est en expansion, n'est pas un phénomène nouveau. En revanche, l'intérêt des différents acteurs du domaine de la précarité est plus récent. Ces dernières années ont vu proliférer nombre de RCP précarité, à Bordeaux, mais également ailleurs en France.

Notre hypothèse était que la mise en place d'une RCP, méthodologie d'analyse interdisciplinaire, pouvait avoir un impact et améliorer la prise en charge des patients précaires cumulant des difficultés multifactorielles.

A Bordeaux, les RCP Périnat Aquitaine, en place depuis 2 ans, et attirant tous les mois de plus en plus de professionnels de la précarité, semblaient un observatoire intéressant.

Notre recherche s'appuyait sur cette question: quel est l'impact de ces réunions sur les pratiques professionnelles et sur la prise en charge des patientes du point de vue des professionnels participant à ce dispositif?

Notre objectif principal était de recueillir l'évaluation du processus RCP par les professionnels ayant participé à ces réunions de décision inter-disciplinaire organisées par le Réseau Périnat Aquitaine.

L'objectif secondaire était de recueillir également les propositions de participants afin d'améliorer ce processus d'analyse et de décisions interdisciplinaires autour de cas complexes biopsychosociaux.

2. Méthode:

2.1. Schéma général:

L'étude est une analyse qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés.

Ces entretiens ont été réalisés en juin 2016 auprès de professionnels médico-psycho-sociaux ayant participé dans l'année aux RCP du Réseau Périnat Aquitaine, à Bordeaux.

2.2. Choix de la méthode

La littérature indique trois types d'entretiens couramment utilisés dans le cadre d'une analyse qualitative : l'entretien directif, l'entretien libre et l'entretien semi directif.

Il paraissait pertinent d'opter pour la réalisation d'entretiens semi-directifs qui permettent aux interviewés de s'exprimer librement et de formuler des hypothèses sans leur poser de question directe, en tendant vers la neutralité de l'intervieweur.

Cette méthode permet d'étudier l'opinion des participants de façon plus approfondie que dans un entretien dirigé, tout en cadrant l'échange autour de thèmes prédéfinis, contrairement à l'entretien libre. Le chercheur en retire deux éléments : des informations sur ce qu'il cherche a priori (les thèmes du guide d'entretien), et des données auxquelles il n'aurait pas pensé (venant de la réalité du terrain).

Les entretiens semi-dirigés sont réalisés à partir d'un guide d'entretien, issu d'un travail de recherche préalable. Ce guide permet de structurer l'entretien à l'aide d'une série de questions servant de fil conducteur et stimulant l'échange.

Pour mettre en lumière les opinions des participants sur les RCP, et le potentiel impact sur leur activité professionnelle, l'entretien semi-dirigé semblait l'analyse méthodologique la plus adaptée.

2.3. Elaboration du Guide d'entretien :

Suite à notre recherche bibliographique, et à notre participation aux RCP pour mieux s'imprégner de ce qu'il s'y déroulait, des thèmes ont été regroupés afin de constituer la trame du guide d'entretien. L'objectif était de recueillir l'évaluation qualitative des RCP de la part des professionnels y participant et leurs éventuelles pistes d'amélioration.

Le guide (annexe 1) initiait l'entretien par des questions très ouvertes sur l'intérêt d'une analyse interdisciplinaire type RCP face à des situations précaires de complexité multifactorielle. Puis l'entrevue se précisait sur des questions d'organisation de ces RCP. Enfin, une série de points plus spécifiques était évoquée à partir de l'expérience des participants aux RCP.

Des questions de relance permettaient d'encourager les interviewés et de stimuler l'échange afin d'aborder un maximum de sujets. Les réponses pouvaient également être reformulées pour obtenir des précisions, approfondir le propos ou s'assurer du sens des propos recueillis.

Les questions du guide étaient issues de nos lectures, de nos réflexions et observations du déroulement des RCP. Parmi la littérature, le texte de l'HAS sur les RCP nous a particulièrement aidés, ainsi que certaines études sur l'évaluation de RCP médicales.

La recherche documentaire s'est faite de trois façons :

-par utilisation de moteurs de recherche documentaire : Google, Pubmed, EMconsulte, Environnement Numérique de Travail de la faculté de médecine de Bordeaux.

-par recherche de proche en proche (arborescence) : en utilisant la bibliographie des documents consultés.

- par relecture des cours des DU effectués : DU santé, précarité, solidarité et DU périnatalité et de revues médicales : la Revue du Praticien de Médecine Générale, Prescrire.

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide du Professeur François Petregne, référent en étude qualitative au département de médecine générale (DMG) de la faculté de Bordeaux, avec l'aval du Professeur Jean-Louis Demeaux. Il a ensuite été testé puis adapté en fonction des réponses

apportées lors des premiers entretiens. Ces changements concernaient la forme uniquement, certaines questions étant formulées autrement pour une meilleure compréhension, l'ordre des questions pouvant également être modifié.

2.4. Populations:

La population cible était celle participant au RCP, soit des professionnels du champ médico-psycho-social impliqués dans la prise en charge de femmes précaires en période périnatale et ayant participé à plus d'une RCP du Réseau Périnatal Aquitaine.

La diversité des perceptions et opinions était recherchée afin d'être plus complet.

Nous avons décidé d'interroger un échantillon large (tant sur l'activité que sur le lieu où elle est exercée), en écho à la diversité professionnelle des participants.

Une liste des personnes à solliciter a été fournie par deux participants aux RCP : la coordinatrice et un membre permanent en qualité d'expert afin de recueillir les avis les plus larges possibles.

Cet échantillon était constitué de médecins, d'une assistante sociale, d'une psychologue, d'une inspectrice à l'Aide Sociale à l'Enfance, d'un éducateur, de cadres soignants et de maïeuticiens. Les noms et mails des intervenants à contacter ont été fournis par la coordinatrice.

Les participants ont été recrutés suite à l'envoi d'un courrier électronique en mai 2016. Dans ce dernier, nous mentionnions qu'il s'agissait de relever les impressions et avis des participants sur les RCP précarité du réseau Périnatal Aquitaine. Nous ne donnions pas d'éléments plus précis afin de limiter l'impact sur les réponses qui nous ont été données au cours des entretiens. En cas de réponse positive, un rendez-vous était convenu dans le lieu et aux horaires les plus arrangeants pour eux, généralement dans les 15 jours. En cas de non réponse, un mail de relance a été envoyé, généralement suivi de réponse.

La veille de l'entretien, un courrier électronique de rappel a été adressé pour confirmer le rendez-vous.

En mai et juin 2016, 14 personnes ont été contactées par mail afin de prendre rendez-vous pour un entretien. 10 personnes ont répondu favorablement. Deux personnes ont répondu qu'elles étaient indisponibles par manque de temps, deux n'ont pas donné suite.

2.5. Entretiens :

Les entretiens ont été effectués en tête à tête et enregistrés sur support numérique : application dictaphone de l'iPhone 4.

Une autorisation d'enregistrement de l'entretien était demandée aux personnes interrogées. Nous expliquions au préalable que l'anonymat serait conservé, et que l'utilisation des enregistrements serait limitée aux besoins de l'enquête puis seraient effacés.

2.6. Recueil des données :

Les enregistrements audio ont permis la rédaction d'un verbatim complet des entretiens, permettant ainsi l'analyse thématique.

A l'issue de chaque entretien, des commentaires généraux ont été notés sur son déroulé, sur l'attitude des participants, les modifications à apporter au guide ou toute autre information jugée importante.

Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu jusqu'à saturation théorique des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les dernières interviews réalisées n'apportent plus d'information nouvelle.

2.7. Analyse des données :

Afin d'éviter les risques d'interprétation personnelle, une transcription exhaustive en verbatim a été réalisée à partir des enregistrements, à la suite de chaque entretien. Les répétitions, les fautes grammaticales ou syntaxiques et les interjections ont été gardées. Certains états émotionnels, comme le rire, étaient également notés. Lors du travail d'écriture, et afin de faciliter la lecture, l'omission de phrases ou de fragments de phrases (jugées non utiles à la compréhension du propos) dans les citations, a été marquée par des parenthèses (...). Ces entretiens bruts ont constitué la base de notre travail. Une transcription est présentée à la fin de ce travail (Annexe 2).

Une première lecture de l'ensemble des corpus retranscrits a permis d'isoler les grandes idées se dégageant des discours. Elles ont ensuite été regroupées par thèmes. Une fois les catégories définies sur la base de cette pré-analyse, de notre guide d'entretien et de notre question de recherche, les entretiens ont été analysés à nouveau afin de les coder par thèmes. En cas de besoin, des catégories supplémentaires étaient rajoutées au fur et à mesure du codage.

L'ensemble du verbatim a été relu par deux membres de mon entourage afin de limiter l'interprétation personnelle.

Toutes les phrases véhiculant une idée en lien avec nos questions étaient incluses dans le codage afin de faciliter le choix ultérieur de citations.

Après hésitation, nous n'avons pas utilisé de logiciel d'analyse, le nombre d'interview permettant une analyse sans outil informatique autre que Word.

Nous avons également procédé à une analyse de fréquence des mots. Le site www.nuagesdemots.fr, générateur de nuage de mot clé en ligne a été utilisé. Mais les résultats étaient peu riches et pertinents. Ils ont parfois été tout de même incorporés, pour venir appuyer l'analyse par thèmes mais l'analyse sémantique n'a pas de valeur statistique ici.

Enfin, pour choisir entre des citations parfois très nombreuses, nous avons privilégié la phrase illustrant le mieux à notre sens l'idée partagée par les différents participants ou mettant en valeur un avis isolé, dans le but de retranscrire le panel le plus vaste des opinions retrouvés.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population d'étude

Entre le premier juin et le 29 juin 2016, dix professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de femmes enceintes précaires et participant au RCP précarité du Réseau Périnatal Aquitaine ont été interviewés.

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude

Entretiens	Sexe	Âge	Métier	Lieu d'exercice
1	F	28	Psychiatre	Unité mère-enfant, Charles Perrens
2	F	50	Assistante sociale	Maternité, CHU
3	H	28	Maïeuticien	HAD Bagatelle
4	F	50	Psychiatre	Unité mère-enfant, Charles Perrens
5	H	?	Médecin généraliste	Milieu associatif de la CUB
6	F	37	Psychologue	MANA, Saint André
7	H	47	Educateur	CAIO
8	H	63	Gynécologue	CHU
9	F	36	Inspectrice ASE	ASE Bordeaux
10	H	32	Assistante sociale	LHSS, Foyer Leydet

Une proportion égale d'hommes et de femmes était retrouvée, avec cinq participants par sexe.

La moyenne d'âge était de 41 ans avec des extrêmes allant de 28 à 63 ans (pour les données recueillies).

Une donnée était manquante par refus du participant.

Les formations des participants interrogés étaient diverses, tout comme les structures d'exercice :

- 4 médecins :

. 2 psychiatres à l'unité mère-enfant de Charles Perrens, l'une assistante depuis un an, l'autre chef de service,

. 1 gynécologue du CHU,

. 1 médecin généraliste exerçant dans une association bénévole à visée des femmes (CACIS : Centre Accueil Consultation Information Sexualité)

- 2 assistantes sociales, une à la maternité du CHU de Bordeaux, l'autre au LHSS (Lits Halte Soins Santé) du foyer Leydet.

- 1 maïeuticien à l'HAD Bagatelle,

- 1 psychologue à l'association MANA,

- 1 éducateur CAIO de Bordeaux (centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation)

-1 inspectrice de l'Aide Sociale à l'Enfance.

4 des personnes interrogées étaient membres permanents des RCP périnatal Aquitaine. 4 parmi les non permanents ont déclaré prendre part à une RCP sur deux (une tous les 2 mois). L'ensemble des participants avait assisté à plus d'une RCP.

3.2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail, dans le bureau des personnes interrogés, à l'exception de l'entretien 6 qui s'est déroulé dans la cour de l'hôpital Saint André, par absence de local vacant.

Aucun interviewé n'a refusé l'enregistrement.

La durée moyenne des entretiens était de 35 minutes, avec des extrêmes allant de 15 à 45 minutes.

3.3. Résultats de l'étude

Une analyse thématique a été effectuée sur l'ensemble du discours. Au regard de la question de recherche de ce travail, il nous a paru pertinent de le présenter par ces catégories :

- Impacts des RCP
- Méthodologie du dispositif RCP
- Pistes d'amélioration

La première catégorie se divise en deux: l'impact positif et négatif, selon le professionnel des RCP sur son activité et sur la prise en charge des patientes.

La deuxième partie évoque l'avis des participants sur l'organisation et la méthodologie des RCP, certains points faisant consensus, d'autres étant matière à débat.

La dernière catégorie se scinde en deux parties : avis des participants sur les propositions de l'enquêteur et propositions spontanées et personnelles des interviewés.

3.3.1. L'impact des RCP, vu par les participants interrogés.

Huit des dix professionnels interrogés se déclaraient favorables à ce type de réunion.

Alors c'est très positif et c'est très intéressant car ça permet de mettre tout le monde autour d'une table et de parler de la situation. (3)

Deux professionnels étaient défavorables.

Le problème avec ces dispositifs, c'est qu'il y a le staff de la maternité aussi et c'est toujours une perte de temps pour nous. Ça tranche avec notre fonctionnement qui est souvent dans l'urgence. Alors bien sûr qu'il faut se poser mais parfois j'ai l'impression que ce n'est pas adapté. (2)

3.3.1.1 Impact positif.

Tous les participants (10) ont trouvé au moins un point d'intérêt à la RCP dans l'exercice de leur fonction. Le mot « outil » (dans le sens outil de travail, de formation) revient 13 fois, il est utilisé par 5 participants.

La RCP, générateur de lien, créatrice de réseau :

L'idée de la création d'un réseau et de la favorisation de liens grâce à la RCP a été relevée chez 8 participants.

Le mot « réseau » revient 9 fois lors des entretiens et le mot « lien », 16 fois.

On arrive à créer des réseaux de gens qui ont la même énergie, la même vision. (4)

ça m'a permis de mieux connaître certains professionnels et c'est très favorable ça. (...) On crée une relation qui est quand même très différente. (8)

ça met très rapidement les gens en lien. (3)

Un participant a également jugé que la RCP favorisait le lien avec les patientes dont le dossier était traité en RCP.

Ça permet d'assurer le lien avec la femme et entre les professionnels. Il y a cette sensibilité de savoir qu'il y a des liens aussi entre les divers professionnels. (...) Je t'envoie vers telle personne mais c'est une personne que je connais qui va prendre soin de toi, c'est très important. Il y a une continuité de la prise en charge. (5)

Richesse de la concertation:

L'intérêt de réunir les différents professionnels concernés par une situation est évoqué par l'ensemble des participants (10). L'adjectif « ensemble » a été utilisé 12 fois et le verbe « communiquer » 10 fois.

L'expression : « se retrouver autour d'une table » est revenue neuf fois, chez 4 professionnels différents.

Le premier intérêt c'est de vraiment se retrouver autour d'une table pour échanger avec d'autres professionnels. (9)

- D'une part parce que ça simplifie les démarches (trois participants):

Même si on communiquait par téléphone, c'est quand même plus compliqué. (7)

On a des résultats qu'on n'avait pas avant car on avait beaucoup de mal à communiquer via le nombre d'intervenants. (8)

Ça permet déjà un gain de temps exceptionnel parce que essayer de se joindre par téléphone, par mail, laisser des messages interposés ça peut être très compliqué au niveau des tiers temps de chacun, des disponibilités de chacun. (4)

- Mais aussi parce que cela humanise la relation (trois participants):

Quand on a Madame l'inspectrice en face et qu'elle nous voit tous les mois quand on l'appelle c'est plus la même chose que quand on l'a une fois tous les quatre mois et qu'elle se souvient à peine de notre visage. (8)

ça permet aussi de mettre un visage sur des personnes qu'on a très souvent au téléphone. (7)

- La plupart des participants (7 sur 10) suggèrent que la concertation des différents partenaires stimule la réflexion:

Se dire qu'on peut saisir telle instance et que l'on va être plusieurs à penser sur la complexité d'une situation, pour moi c'est très riche. (4)

évoquer d'autres solutions auxquelles on n'aurait pas pensé seul et de prendre du recul. (8)

- quatre participants voient la concertation comme une tentative de remède à la complexité des prises en charge :

Le premier bénéfice c'est le fait de reconnaître que personne n'a la vérité seul donc que personne ne peut aider seul, je veux dire, dans sa propre discipline. (10)

C'est des patientes pour lesquelles on a déjà essayé beaucoup de choses. On ne sait plus comment faire ou que faire pour trouver des solutions. C'est un peu la réunion de la dernière chance. (7)

Culture de l'interdisciplinarité:

5 participants abordent l'intérêt de la diversité professionnelle des participants, qui favoriserait la qualité de la réflexion.

L'analyse de mot retrouve l'association « regards différents » et « regards croisés » 6 fois.

un outil de réflexion, un outil d'analyse intéressant avec des regards différents. (1)

on vient d'horizons un peu différents (...) ça donne une ouverture. (8)

On intervient chacun dans un volet, on est représentatif(...), on a chacun des spécificités différentes des approches différentes en fonction de nos compétences. (5)

La RCP, effet psychologique positif :

Pour 7 participants, la RCP aurait un effet psychologique positif dans ce contexte de prise en charge complexe :

- La RCP limite un impact émotionnel négatif (abordé par 6 participants)

Ça permet aussi aux professionnels de sortir d'un isolement potentiel voire d'un burn out. (4)

c'est douloureux et le fait de se retrouver ensemble ça fait du bien et on donne des relais aussi car parfois c'est tellement lourd. (5)

globalement pour les gens ça leur fait du bien de pouvoir discuter de ces situations pénibles émotionnellement et qui sont stressantes pour tout le monde. (6)

- Aide à diminuer les tensions interprofessionnelles (trois intervenants):

ça permet de croiser les regards, d'éviter les incompréhensions, les tensions potentielles autour des situations. (4)

Il y a une forme de pédagogie et donc d'apprentissage mutuelle des pratiques des autres. Ça crée une petite empathie. (...). Donc c'est une forme de pédagogie et d'apaisement et ça c'est bien. (10)

Les gens se voient donc se connaissent donc ça diminue le niveau d'agressivité qu'on a pu connaître avant. (6)

La RCP, outil de compréhension :

Pour 4 participants, les RCP sont une aide pour mieux comprendre la situation complexe sur laquelle ils travaillent, par la mise en commun des informations et des expériences.

Les RCP nous aident à mieux comprendre et concevoir. (7)

ça permet de recueillir l'ensemble des éléments et de voir tous ensemble la réelle problématique de la patiente et de pouvoir bien cibler. (3)

Certaines attitudes changent selon la personne rencontrée et les évaluations peuvent évoluer selon ces nouvelles informations, modifier le regard que l'on peut porter sur la famille et l'aide surtout qui peut être portée. (1)

Fonction pédagogique :

Cinq des participants mettaient en valeur le caractère didactique des RCP :

On peut se servir de la RCP comme d'un outil de travail pour progresser aussi, comme un outil de formation, en s'appuyant sur l'expérience des intervenants. (1)

à force de proposer des situations, nous les travailleurs de terrain, qui venons de temps en temps, on acquiert une expertise. (10)

Une prise en charge plus adaptée pour les patientes :

Cinq participants évoquent directement un impact positif des RCP sur la prise en charge de la patiente :

ça a permis de débloquer pas mal de choses et de faire le mieux pour elles. (7)

C'est un gain de temps et de cohérence dans le parcours de la famille. (1)

Ce sont des prises en charge de qualité puisqu'elles auront balayé toutes les dimensions et auront pris des décisions en connaissance de cause. (10)

2 participants ont suggéré que la RCP pouvait avoir un aspect sécurisant et valorisant pour les parturientes :

Et souvent c'est un parcours où on les oriente et où elles ont de multiples intervenants. Ça n'est pas sécurisant et au contraire on accentue un petit peu cette notion d'éclatement. Et de morcellement. Et de dire qu'il y a une cohérence au niveau de la prise en charge, on participe à la réunion de la personne. C'est une façon de les rassurer quelque part. (5)

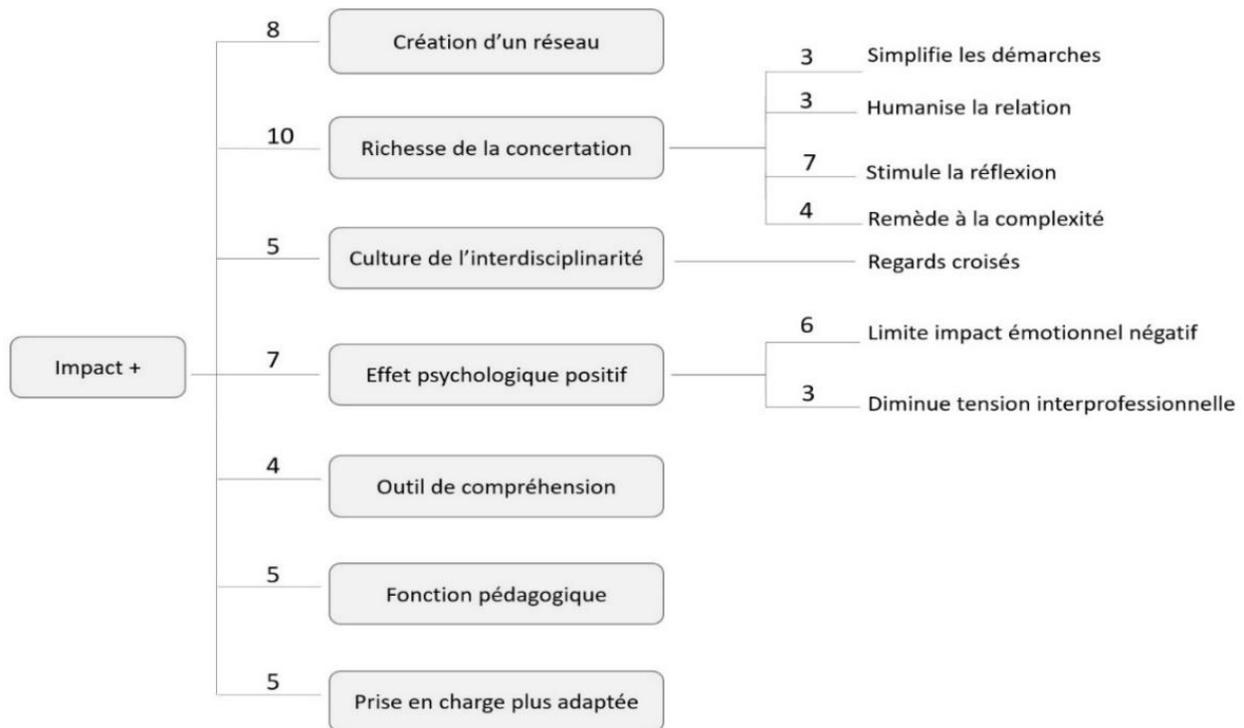


Figure 3 – L'impact positif des RCP

3.1.2. Impact négatif :

A la question : « Il y a-t-il néanmoins des points négatifs ? », trois des professionnels ont répondu qu'il n'y avait pas de réel point négatif selon eux.

Je ne vois pas de réel gros inconvénient à la RCP. (7)

Chez 7 participants, les points négatifs étaient évoqués à la demande de l'enquêteur.

Le caractère chronophage

Élément récurrent de l'impact négatif des RCP pour les 2 participants défavorables à ce dispositif : le temps.

C'est impossible pour nous de consacrer des matinées entières pour les RCP. Ça consomme énormément de temps. On y passe des heures, c'est sans fin. (6)

Pour les 2 participants défavorables, les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur du temps dispensé:

c'est du travail en plus et cela n'a rien amélioré. (6)

(...) c'est toujours une perte de temps pour nous. Ça tranche avec notre fonctionnement qui est souvent dans l'urgence. En termes d'efficacité, je trouve qu'on va trop lentement. (2)

Cette question de temps se retrouve aussi chez les participants favorables (trois) :

on ne fait pas non plus des RCP toutes les semaines. J'en vois une tous les deux mois à peu près. C'est vrai que ça prend beaucoup de temps. (7)

La redondance du dispositif :

Le deuxième argument le plus porté par les participants défavorables est celui de la redondance avec le staff de la maternité.

avant que les RCP existent il y avait quand même un staff médico psycho social qui existe depuis des lustres. Sont arrivés là-dessus les RCP, (...) donc on fait deux fois la même chose et donc les participants qui vont au staff, beaucoup vont aussi aux RCP, se retrouvent souvent à parler deux fois de la même situation. (6)

Chez les participants favorables, cette question est également évoquée par deux professionnelles.

(...) nous avons donc des situations presque staffées deux fois (...) il n'y a pas exactement les mêmes intervenants mais presque et du coup on se dit que sur certaines situations on est presque un peu redondant. Je ne sais pas si dans ces cas-là il ne faut pas qu'une des deux réunions. (1)

Il n'y a pas les mêmes personnes autour de la table, même s'il y a des professionnels qu'on peut retrouver. Il serait question d'arrêter de faire cette date-là et de faire une RCP plutôt pour les situations complexes. C'est plus formel. C'est peut-être plus un garde-fou. Par rapport au staff qui part dans tous les sens car il n'y a pas de coordinateur, enfin on vient d'en nommer un récemment. L'avantage de la RCP c'est que c'est quand même très cadré. (8)

La déresponsabilisation :

Un autre impact négatif est également évoqué par quatre participants : le possible sentiment de déresponsabilisation d'un individu lorsqu'un dossier est porté par le groupe.

on peut se reposer sur l'autre en se disant que le dossier est traité ailleurs. Donc il faut un référent toujours pour vérifier les choses, pour voir comme la situation évolue, ce que l'on peut faire. (3)

parfois, on s'en remet trop à la RCP. Mais la RCP n'a pas de vocation décisionnaire, c'est plus de l'analyse et de la réflexion. Donc, ce n'est pas le but que ça déresponsabilise. (1)

On a eu une situation où tout le monde avait l'impression que la personne était prise en charge par un professionnel qui ne s'est pas senti en charge de continuer à suivre le dossier. Donc la patiente est arrivée à la maternité et rien n'avait été fait. (8)

La frustration suite aux propositions :

Certains participants (cinq) disent être parfois déçus dans leurs attentes de la RCP.

Après, concrètement, c'est vrai qu'on en attend beaucoup (rires). Parce que ça fait maintenant cinq ans que je travaille ici donc j'ai quand même un peu de recul, tout est soumis à l'avis de l'inspectrice, enfin à peu près. On en arrive souvent à la conclusion qu'il faudra l'accord de l'inspectrice. (8)

- Par exemple lorsque la RCP n'a pas apporté la réponse espérée pour trois participants dont deux évoquant le manque d'anticipation :

pour moi, ça manque d'anticipation. Pour moi, l'intérêt de ces RCP c'est aussi qu'il y ait une anticipation suffisante. On se retrouve dans des situations au moment de l'accouchement où on est obligé de faire comme si on ne connaissait pas la dame. Donc, c'est dramatique! (8)

Quand on entend on verra ça après l'accouchement, non. Si ça sert à rien d'en parler en anténatal, autant ne pas perdre son temps. (6)

- Ou quand la conclusion n'est pas suivie de mesures effectives (quatre) :

le problème c'est qu'il se dit des choses autour de la table en RCP, et quand on se retrouve plus tard devant la situation un mois après, on n'a pas du tout l'orientation préconisée au moment de la RCP. Donc, des fois, on se demande si ça a une utilité. (8)

Le fait d'avoir une RCP ne garantit pas que derrière les choses seront faites comme il faut, proprement. J'ai déjà eu des situations où en RCP on dit qu'on fait ça, il y en a un qui dit : moi je ne suis pas d'accord avec la décision, ça sera comme ça et pas autrement. (10)

la RCP fait des propositions dans une organisation idéale sauf qu'après la réalité est tout autre. Parfois les propositions faites en RCP sont loin d'être tenables derrière. C'est là où c'est un peu compliqué parfois. (3)

Pour un autre participant ces discordances ont une raison :

La question du placement en foyer maternel se fait sur des critères, beaucoup sont basés sur la relation mère-enfant qui peut être difficile à anticiper avant la naissance. Dans certains cas, on préconise une orientation en amont et on a de grosses surprises après l'accouchement. (1)

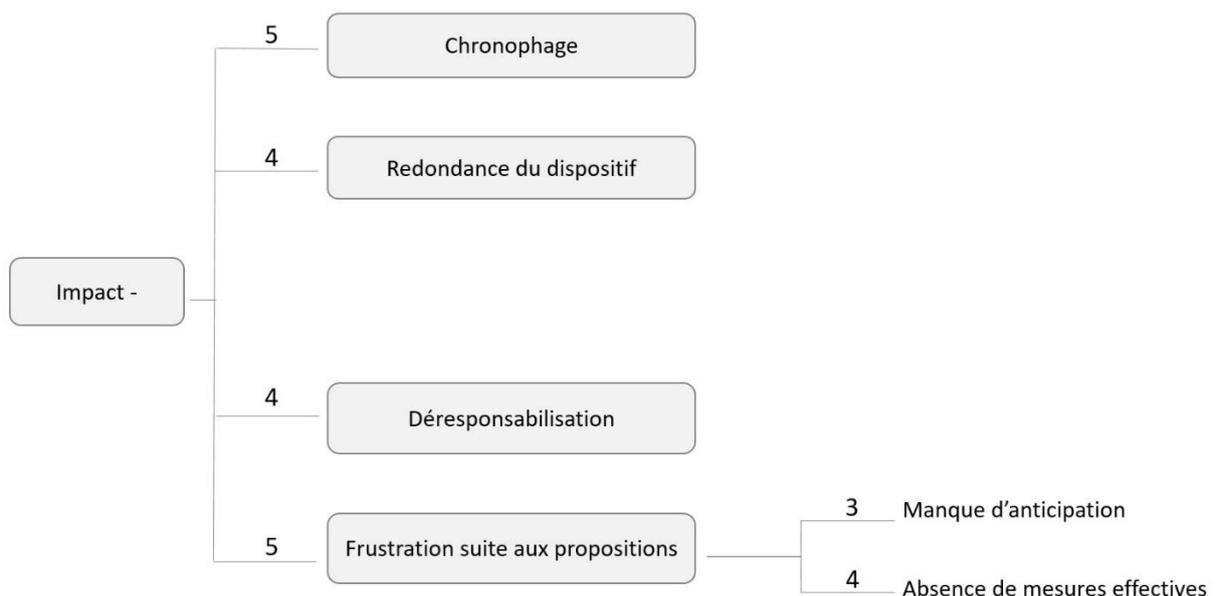


Figure 4 – L'impact négatif des RCP

3.2. Méthodologie du dispositif :

La deuxième partie du questionnaire abordait les questions d'organisation. Nous avons demandé aux utilisateurs de la RCP de juger de son opérationnalité. Nous avons choisi de présenter le résultat en deux parties, les modalités de la RCP qui font consensus et celles qui suscitent le débat.

3.2.1. Consensus

La restitution à la parturiente

Tous les participants reconnaissent l'importance d'effectuer une synthèse de la RCP aux femmes enceintes concernées.

Je pense que le retour est hyper important car cela maintient dans la position d'accompagner la personne, de faire la meilleure prise en charge possible et ne pas s'approprier la cause de la personne. (3)

il y a une forme de loyauté et de respect qui fait qu'il faut faire un retour à la personne car tu vas livrer sa situation à des inconnus. Il faut que ça ait un bénéfice pour elle et il faut qu'elle ressente ce bénéfice. Il faut faire un retour c'est une forme de loyauté, une forme d'honnêteté et de transparence. Ça rassure la personne dans sa position de décisionnaire et de personne centrale. (10)

Pour l'un d'eux, ce retour d'information est un support de travail :

Et puis c'est un support génial, souvent ça débloque des choses chez la personne: quand on lui dit ce qui a été dit, ce qui a été décidé soit ça lui convient et dans ces cas-là c'est très bien, elle se sent reconnue, entendue, soit il y a des points sur lesquels elle n'est pas d'accord et ça ouvre une nouvelle porte on peut en reparler, y réfléchir. Donc c'est plutôt intéressant de faire le retour. (10)

Tous s'accordent à dire qu'il est important de désigner un référent, chargé de restituer les informations aux personnes concernées.

c'est bien. D'abord ça permet d'être sûr qu'en principe la personne va avoir les conclusions. Parce que si tout le monde se dit : « je compte sur l'autre pour le faire » et que finalement on passe à travers. (9)

c'est bien qu'il y ait un référent parce que souvent c'est un peu compliqué d'être plusieurs travailleurs sociaux justement. En tout cas c'est important qu'il y ait quelqu'un qui soit vraiment garant de la parole qui va être portée à la personne concernée. (8)

il faut un référent toujours pour révéifier les choses, pour voir comme la situation évolue, ce que l'on peut faire. C'est important d'être dans la cohérence, dans la cohésion et dans la ténacité aussi. Il faut un référent désigné auquel on peut faire appel. (5)

Trois participants précisent que le référent est également celui qui a présenté la situation.

A priori la personne qui demande à passer la situation en RCP est celle qui est au plus près de la situation. (3)

Le consentement éclairé :

Tous les participants sont également conscients du fait que la patiente doit donner son consentement éclairé.

On fait participer, moi je les informe, je leur dis qui sera présent et je leur demande si elles acceptent. (5)

Il faut toujours avoir l'accord de la patiente en question, qu'elle sache clairement ce qu'il peut être dit sur sa situation, et que l'on respecte ses volontés. (9)

En pratique, c'est parfois compliqué, comme le soulignent 4 participants du fait de la barrière linguistique, de défaut de compréhension :

Pour le consentement des femmes pour la RCP, il y en a qui ont voulu qu'on leur traduise en anglais par exemple. Elles ont raison pour que le consentement soit éclairé il faut que ce soit traduit, c'est dans la loi. (4)

j'en parle je lui demande si elle est d'accord. Après, je ne suis pas sûre qu'elle mesure exactement. (8)

c'est très bien mais c'est formel. C'est ce qu'elle va pouvoir en comprendre. L'intérêt... il y a des gens qui sont dans des fonctionnements d'un formalisme... Alors avec l'éthique qu'ils brandissent. Et à côté il y a la vie la vie réelle. (2)

Quatre participants ont spontanément déclaré n'avoir jamais eu de refus de la part des femmes enceintes :

quand c'est présenté comme étant un lieu pour réfléchir ensemble, pour mieux aider les gens, il n'y a aucun souci. Il n'y a jamais eu d'opposition. (4)

Les gens comprennent que c'est dans leur intérêt ou de leurs enfants à venir et ils sont ouverts à ce qu'on parle des situations. (3)

Coordinatrice et circulation de l'information :

Tous (dix) saluent le travail de la coordinatrice et cinq relèvent l'importance de ce rôle dans les RCP.

On reçoit des rapports et il y a un gros travail qui se fait. La coordinatrice fait un énorme travail. (5)

je pense que le processus tient beaucoup à l'énergie que met la coordinatrice là-dedans. (10)

c'était le maître d'œuvre de toutes ces réunions. C'est peut-être plus un garde-fou. Par rapport au staff qui part dans tous les sens car il n'y a pas de coordinateur. (8)

Membres extérieurs :

Tous les participants jugent nécessaire la participation de membres invités en qualité d'expert, comme professionnels permanents.

Leur présence est très importante, en rapport avec le fait d'une réflexion commune, d'un apport d'expérience. La RCP peut être également un outil de formation où l'on vient prendre des conseils. (1)

c'est bien qu'il y ait des gens présents qui soient un petit peu en retrait par rapport à la situation pour apporter un éclairage. C'est des ressources. Et aussi ces membres permanents représentent différentes institutions, différents points de vue et c'est bien. Il me semble que c'est la base, cela permet que les gens qui viennent ponctuellement puissent s'appuyer sur les permanents. (4)

Ça permet justement d'avoir un petit peu de recul. D'apporter un éclairage autre puisque la personne ne connaît pas la situation, donc elle n'est pas prise dans l'affect dans lequel on peut être pris en tant que professionnel. (8)

Cependant, trois professionnels émettent un bémol à cette présence:

- Pour l'un, au fil des RCP, leur avis est moins nécessaire qu'au début, du fait du propre apprentissage des participants réguliers :

Le fait qu'il y ait des membres experts c'est précieux, même si on se rend compte de plus en plus que finalement, à force de proposer des situations, nous les travailleurs de terrain, qui venons de temps en temps, on acquiert une expertise là-dessus. Donc, l'expertise des membres permanents devient de moins en moins cruciale pour moi. (10)

- Pour un autre certaines présences sont moins pertinentes :

c'est intéressant mais cela dépend de la problématique. Pour celles qui concernent notre service il y a des permanents dont je ne vois pas l'intérêt : les responsables de PMI, les cadres hospitaliers, je n'en vois pas l'intérêt. Ce qui touche à l'hébergement, l'aide sociale à l'enfance, je trouve que c'est pertinent que ces gens-là soit là, puisque c'est ce qui concerne directement nos situations. (3)

- Pour un dernier, il y a parfois déjà beaucoup de monde concerné par une situation

Ça peut être intéressant que quelqu'un qui ne connaît pas la situation donne son point de vue mais quand il y a beaucoup de monde autour de la table, c'est vrai que des fois en tant que professionnel, il y a des choses qu'on pourrait livrer et il y en a d'autres qui parlent à notre place parce qu'ils ont besoin de parler. (8)

3.2.2. Débat :

Instance non décisionnaire :

5 participants l'ont évoqué comme étant un point négatif:

le problème que ce ne soit pas une instance décisionnaire. Parce que rien n'est gagné même si tout le monde est convaincu de l'orientation déterminée et qui semble opportune. (8)

ce sont des propositions. C'est tout le problème, c'est passer une matinée à faire des propositions qui ne sont pas suivies. (6)

Là où ça pose plus de souci c'est que la RCP n'est pas décisionnaire, même si ses décisions ont du poids car il y a des experts, différents corps de métier, il y a eu du temps passé, de l'énergie. Le fait d'avoir une RCP ne garantit pas que derrière les choses seront faites comme il faut, proprement. (10)

Pour d'autres (trois), au contraire, le caractère non décisionnaire est une valeur fondamentale de la RCP.

la RCP n'est pas forcément utilisée comme elle devrait l'être, c'est-à-dire un lieu de coordination et de concertation mais elle peut être utilisée par certains comme un lieu pour mettre en lumière une situation et faire en sorte que les gens autour de la table se saisissent de la situation pour la faire avancer plus vite. (...) Mais ça c'est lié aux individus, ce sont des questions d'éthique, de professionnalisme voilà. (3)

Lorsque j'y participe c'est en qualité de membre conseil, je ne suis pas décisionnaire, je n'aurais d'ailleurs aucun pouvoir de décision sur les dossiers car ce sont des collègues à moi qui le traiteront. Ce n'est pas le lieu ni l'outil. Je suis là pour donner des conseils sur l'orientation mais ce n'est pas une instance décisionnaire. (1)

Un dernier participant résume :

j'avais le secret espoir que ces experts qui sont tous chefs de service, décisionnaires, qui ont du pouvoir, auraient la possibilité d'enfoncer des portes, de se saisir d'une situation, en disant bon on a vu ça en RCP, on réserve une place en tel endroit. User un petit peu de leur fonction, de leur pouvoir, de leur position, pour donner une autre puissance à la RCP. Mais je comprends tout à fait que ce ne soit pas le cas, car ça peut faire des conflits d'intérêts et ça dévie l'intérêt de la RCP, car on se dirait : on passe telle personne en RCP comme ça c'est sûr, elle aura une place. Alors que ce n'est pas le but de la RCP. Et qu'il faut garder cette position de neutralité et d'équité à savoir que ce n'est pas parce qu'une femme passe en RCP qu'elle aura plus de place ou plus de chance administrative que les autres. (10)

Nombre de participants :

Six participants évoquent un nombre trop important de professionnels lors des RCP :

La difficulté c'est qu'on est très nombreux, trop nombreux peut-être et que l'on se perd un peu entre les différentes institutions. (8)

C'est vrai qu'il y a beaucoup de monde. C'est vrai que même si on se présente au début, c'est difficile de savoir qui correspond à quoi, il faut réussir à suivre. (7)

Des fois tu as des services qui viennent en entier, et y en a qu'un ou deux qui vont prendre la parole. Du coup, le point de vue négatif c'est qu'il y a beaucoup de monde autour de la table, ce qui rend difficile d'avoir un débat construit ça ouvre la porte à ce qu'il y ait davantage de conversation parallèle pendant la RCP, ça vient parasiter la forme. (10)

Pour autant, les participants apprécient avoir une présence large, garante de pluridisciplinarité. (4 abordent ce point).

large c'est ça qui est intéressant. Pour avoir des regards croisés. Pour avoir des avis d'expert aussi. (1)

pouvoir parler à paroles égales de façon sereine et constructive avec des gens qui d'habitude sont plus à l'autre bout de la chaîne, ou dans des métiers totalement différents. (10)

sur la diversité, elle est quand même assez importante, suffisante en tout cas par rapport aux situations des femmes enceintes. C'est suffisant les gens présents. (8)

Problème d'éthique :

Lorsque l'éthique est abordée au cours de l'entretien, tous les participants s'entendent sur le fait que la RCP ne pose pas de problème d'éthique majeur.

On est au cœur de la question du secret partagé, le secret professionnel n'est levé que dans ce cadre-là, dans le fait d'analyser des situations complexes où l'on ne s'en sort pas seul. C'est le seul cadre où il doit être levé. La situation justifie que le secret professionnel soit levé. (1)

Pour des situations aussi complexes il faut définir un secret partagé. Il ne faut pas se cacher derrière la confidentialité. Il y a besoin d'être en lien les uns avec les autres. C'est indispensable. (4)

je suis pour le partage de l'information. La question du secret professionnel ne me dérange pas dans les RCP. Les informations qui sont échangées le sont dans l'intérêt de la patiente. On ne transmet que les informations qui sont nécessaires à la situation. (3)

Quatre professionnels évoquent des points qui pourraient être un obstacle au secret professionnel.

la multiplication des intervenants peut être un biais au secret professionnel. Dans certains cas c'est anonymisé, mais ça l'est jamais vraiment il ne faut pas se leurrer. (1)

je pense que parfois il y a des éléments qui sont donnés qui pourraient ne pas être donnés parce que ce n'est pas ça qui va faire changer la situation et je ne suis pas sûre que l'on soit obligé de rentrer dans les détails très crus pour laquelle la patiente aurait besoin d'une pudeur peut-être plus que ce qui peut être dit là. Mais globalement il y a quand même un assez grand respect sur la personne. (8)

En tant que travailleur social, je suis soumis au secret professionnel par la loi où que je travaille. Mais un éducateur n'est pas soumis au secret professionnel et donc ça pose question pour certaines professions. Un travailleur social qui vient a priori il ne dira rien, mais si son collègue vient ou un bénévole vient, la question c'est OK il va signer la charte mais est-ce qu'il est soumis au secret professionnel, est-ce qu'il est respectueux de ça ? Est-ce que ça fait partie de son éthique personnelle ? (10)

Pour deux autres professionnels au contraire, prendre trop de précautions, au nom de l'éthique, peut nuire à la prise en charge.

Je trouve qu'on prend des précautions extraordinaires qui ne sont pas forcément nécessaires. Ça me semble illusoire de tout vouloir sécuriser. Pourquoi il ne faudrait pas parler à cause du secret médical quand on est 10 ou 15 personnes ? Il faudrait dire Madame chose, non vraiment. (2)

Les comptes rendus de RCP, on les associe au dossier informatisé du patient. Ça avait l'air de poser un problème, moi ça ne m'en pose pas dans la routine. Lorsque les participants de la RCP gardent le compte rendu mais ne le diffusent pas dans l'institution où ils travaillent, alors franchement, passer autant de temps, pour ne pas diffuser l'information aux collègues susceptibles aussi de travailler autour de la même situation me semble dommageable. (6)

Temps passé par dossier :

Pour 8 interviewés, le temps accordé à un dossier était suffisant et adapté.

En moyenne ce temps serait de 40-45 minutes, mais évolue en fonction du cas traité et du nombre de participants.

C'est adapté en fonction du cas. Ça peut être une heure ou une demi-heure. Mais une situation lambda c'est trois quarts d'heure. (8)

Je crois qu'on est sur 40-45 minutes (...) Il me semble que c'est bien. Cela dépend du dossier. Sur certains dossiers on a la solution très rapidement au final. Ça dépend de la complexité pour trouver la solution. (7)

Pour 2 autres participants en revanche, le temps dispensé sur un dossier est trop long.

Des fois on passe une heure sur une situation pour orienter vers un foyer maternel. Ce n'est pas possible(...) En 20-25 minutes, on peut avoir fait le tour de la question. Il ne s'agit pas non plus de dérouler toute la vie des gens, parfois on part... Mais la question, c'est : « qu'est-ce qu'on propose à ces gens-là maintenant ? ». Je pense qu'on peut faire plus synthétique. (6)

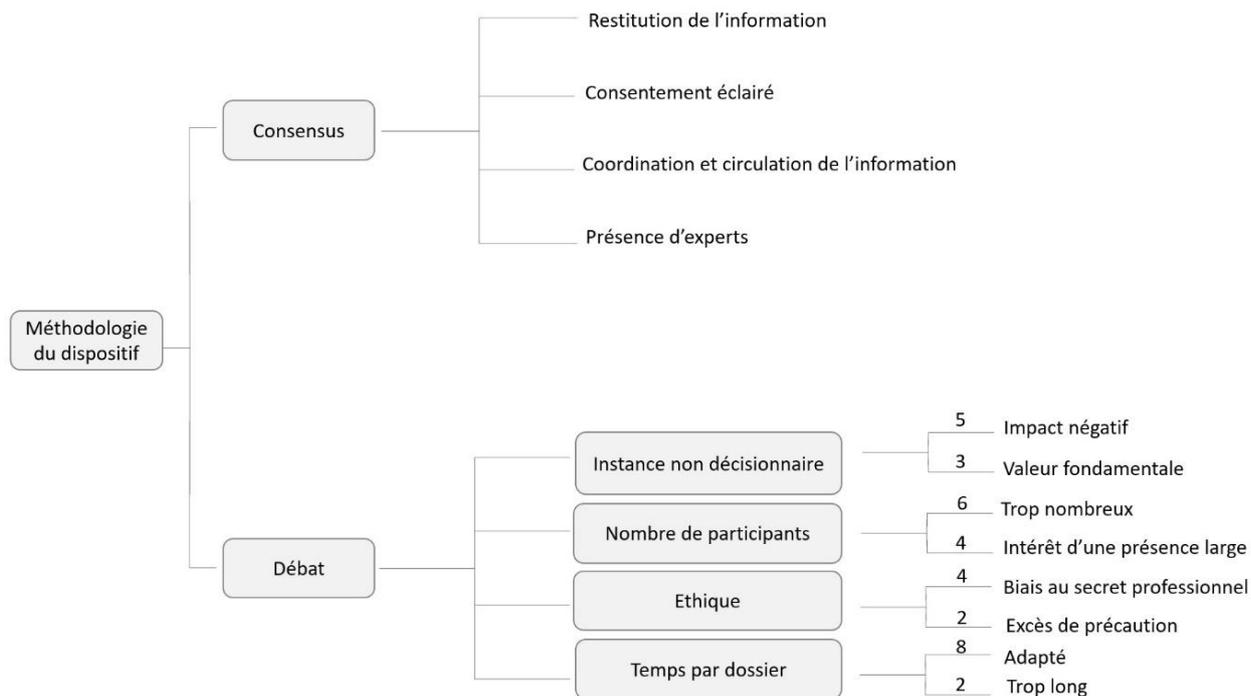


Figure 5 – Méthodologie du dispositif

3.3. Pistes d'amélioration

3.3.1. Propositions de l'enquêteur :

A la fin de l'entretien les participants étaient invités à donner leur avis sur différents outils, ayant été utilisés dans des RCP (du réseau Périnat Aquitaine ou autre)

Une grille d'analyse médico-psycho-sociale

Dans un premier temps était proposée de présenter avant chaque RCP, à chaque participant, une grille d'analyse médico-psycho-sociale afin d'effectuer un travail de recueil des données et de réflexion sur le dossier en amont de la RCP. Une grille de ce type avait été utilisée lors des RCP d'admission des LHSS de Leydet. Nous nous sommes demandé si les professionnels participants verraient un intérêt à ce que cet outil soit adapté aux RCP Périnat Aquitaine.

Huit participants ne souhaitaient pas se servir de ce document.

Quatre d'entre eux évoquaient une surcharge de travail :

Ce qui est sûr c'est que ça nous donnerait plus de travail en amont. (8)

Six d'entre eux doutaient de son utilité :

Franchement, il n'y a pas tant de disparité que ça dans les situations. On n'a pas moult solution. On aurait un panel de solutions, effectivement, ce serait certainement très riche d'avoir ça avant pour y réfléchir. Là, les issues sont souvent les mêmes. (8)

On communique mieux en discutant c'est parfois difficile de remplir des papiers de situations très compliquées. Le fait de remplir une grille peut fermer. Parfois, c'est sur des petits détails en discutant, des choses qu'on ne va pas repérer sur une grille. (7)

Dans ces réunions, on exprime vraiment. Il n'y a pas tellement d'éléments manquants finalement. Là on est dans le vivant, quand même à travers ces réunions, il y a une parole qui circule. Quelques fois mettre par écrit c'est enfermer. (5)

En revanche 2 participants trouvaient de l'intérêt à cette grille : une aide potentielle à l'orientation lors d'une hésitation entre 2 dispositifs (RCP et staff de la maternité) et un support de recherche scientifique.

(...) ce support pourrait être une façon d'orienter vers l'une ou l'autre des RCP. Il faudrait les bonnes cases, qui permettraient de se rendre compte tout seul qu'on n'est pas vers la bonne RCP quand on remplit. (6)

Une grille c'est bien pour faire gagner du temps, faire un travail de présynthèse. Le principal bénéfice de ce type d'outil c'est la recherche. C'est le suivi longitudinal, pouvoir à la fin reprendre toutes les grilles et faire le décompte des problèmes récurrents, les problèmes atypiques. (10)

A la question : Quelles données devraient être présentes dans cet outil ? Aucun des 10 participants n'a donné d'exemple sur ce que l'outil pourrait comporter comme données.

Les comptes rendus :

Les comptes rendus font déjà partie intégrante des RCP. Ils sont envoyés aux participants après chaque séance. Lors des entretiens il a été demandé à chacun si ce document leur était utile et comment l'améliorer selon eux.

L'ensemble des participants (10) ont déclaré que le compte rendu était bien fait.

je trouve que le compte rendu est plutôt bien fait. (9)

Les comptes rendus sont systématiquement écrits par la coordinatrice puis envoyés aux participants pour modifications potentielles :

Ce que j'apprécie beaucoup c'est que la coordinatrice fait le compte rendu et elle nous l'envoie pour pré-lecture. Donc c'est une preuve d'humilité de la part du dispositif, c'est une volonté de faire vivre la part pluridisciplinaire et de bosser tous ensemble, et c'est intéressant. (10)

Le principe des conclusions rédigées par la même personne et donné à tous les intervenants permet une certaine continuité sur les RCP. (5)

9 participants les jugeaient utiles. Le participant restant ayant déclaré ne pas avoir le temps de les lire.

pour la coordinatrice c'est un boulot énorme mais pour nous c'est un outil qui nous sert. (8)

Le compte rendu est un outil de rappel pour 6 personnes :

(...) un intervalle important entre la réunion multidisciplinaire et le moment où on reçoit la personne, cela permet de revenir à ce qui avait été dit. (9)

Ça fait des bons rappels, c'est un bon support. (10)

Ce document permet pour 4 intervenants de partager l'information (avec son équipe, avec des partenaires) :

La trace écrite permet de partager la synthèse de la réunion pluridisciplinaire avec les confrères. ((9)

Peu d'améliorations ont été demandées, cependant il a été proposé :

- de synthétiser davantage par 2 participants :

le faire plus synthétique, mais il ne faut pas non plus perdre trop d'informations. (10)

simplifier un peu car c'est un peu redondant (8)

- d'avoir un plan systématique pour simplifier la lecture (1 participant):

il serait pas mal de l'automatiser il y a déjà une introduction mais faire quelque chose de plus systématique un peu comme nous on a diagnostic, pronostic, conduite à tenir, traitement. Donc situation de la patiente, problématique en France, axe etc. c'est ce qui est fait de manière générale, mais comme ça en le lisant, c'est plus simple. Ça apporterait plus de lisibilité. (7)

La visioconférence:

Une autre proposition d'outil était apportée par l'enquêteur : la participation par visioconférence.

Quatre professionnels étaient intéressés dans un cadre restrictif.

Si c'est pour des personnes qui ne sont pas disponibles ce jour-là et qui ont des éléments importants à apporter et qui ne peuvent pas venir : oui, ce serait intéressant qu'elles soient en visioconférence plutôt que de ne pas les avoir. (7)

rester sur les RCP en physique mais faire des points de situation systématique en visioconférence. Tout le monde serait beaucoup plus disponible pour faire ça. Pour moi c'est facile d'aller à l'hôpital mais quand on est dans une MDSI à 30 km il faut bloquer sa matinée pour venir, ça ne favorise pas la participation. (10)

Deux participants étaient partagés.

cela peut être un gain mais se rencontrer, échanger, les apartés, la rencontre humaine on y tient. (4)

Quatre professionnels étaient défavorables, et leurs arguments se rejoignaient:

- la difficulté à faire une visioconférence en grand nombre (évoquée par 4 participants) :

En visioconférence quand on est nombreux c'est quand même très compliqué de se concentrer. (7)

- Les difficultés technologiques (abordées par 4 participants) :

parfois on s'entend pas, parfois ça marche pas, on passe une demi-heure à essayer de se connecter. (6)

il faut être équipé pour nous ça serait impossible. (4)

- Pour trois des participants, la visioconférence n'a pas sa place dans ce contexte de RCP :

mettre en place des moyens techniques et financiers énormes pour échanger autour de situations sur des gens qui sont dans une précarité extrême, il me semble qu'il y a un décalage. (3)

Non, ça ne me semble pas adapté, l'important c'est quand même de se voir pour communiquer, ça semble l'essence de la RCP. (1)

3.3.2. Propositions des participants :

Au fil de l'entretien sont apparues quelques idées d'amélioration potentielle des RCP selon les participants :

Devenir et suivi des femmes :

Dans certains cas, le dossier est de nouveau évoqué à quelques mois d'intervalle pour faire un point de situation et évaluer l'avancée.

Pour quatre participants, cette pratique devrait être généralisée :

Il y a toujours un compte rendu de la RCP mais ma question est plus par rapport aux situations, comme elles se débloquent, comment ça évolue. (7)

On voit un dossier au temps x et il faut revoir la question deux ou trois mois après de façon à voir ce qui s'est fait ou pas fait. Les échecs, les fragilités, où on en est. (5)

Quid du suivi ? Si XY et Z ont envie de bien faire et qu'ils y croient, ça suit. Et là, la RCP a super bien aidé. Mais s'il y en a un des trois qui part en arrêt maladie ou qui ne fait pas sa partie... Bien que la RCP ait réfléchi, analysé que ce serait bien de faire ça, ça ne garantit pas que les personnes derrière vont le faire. (10)

Pour trois d'entre eux, ce suivi devrait être prolongé à la période post natale voire davantage, pour une meilleure prise en charge.

Ce qu'il y a à améliorer sur les RCP c'est ce qu'elles deviennent après avec leurs enfants. Parce que pendant la grossesse on essaye de trouver des solutions, pas toujours avec succès mais on essaye, mais c'est après qui pose problème. (5)

Il y a beaucoup de situations où il y a des bébés ou des enfants un peu plus âgés. C'est un manque. On attend une sorte de RCP pédiatrique. Le post-partum est une période de très grande vulnérabilité, il faut s'en soucier aussi. Donc c'est un début mais j'espère qu'il y aura une suite. (4)

Enfin, un des participants a émis l'idée qu'il pourrait y avoir une personne responsable de la coordination du suivi.

Il y a des structures où il y a des coordinateurs. Peut-être qu'il faudrait quelqu'un qui soit spécifiquement lié au retour de l'information. De faire la somme de tout ça, d'avoir des données des uns et des autres, et de suivre l'évolution, de suivre de façon régulière ce qui peut se passer. (5)

La restitution des conclusions aux parturientes

Nous avons vu plus haut que tous les participants (dix) ont jugé utile qu'un référent soit désigné en fin de RCP et qu'il soit chargé de transmettre les conclusions et propositions issues de la réunion à la patiente.

Trois des participants aimeraient aller plus loin, pour deux d'entre eux les restitutions devraient se faire en binôme représentant le médical et le social.

j'ai toujours trouvé qu'il ne fallait pas que ce soit une seule personne. Pas des retours seuls mais que ce soit fait en binôme. (...) Je pense que c'est indispensable pour ne pas cristalliser les choses auprès d'un intervenant qui pourrait devenir un mauvais objet. La patiente sent ainsi que les services sont ensemble pour penser ensemble et renvoyer des choses ensemble. (4)

dans ces cas-là le mieux c'est même de faire un entretien conjoint avec le médical et le social en même temps. (9)

Pour un participant, le retour à la patiente ne peut se faire qu'avec interprète en cas de langue maternelle autre que le français, afin d'assurer une bonne compréhension mutuelle.

La question de la restitution, il faut que ce soit avec une interprète, s'il y a des personnes qui ne parlent pas très bien le français, on ne peut pas se contenter d'une compréhension partielle. Pour enlever toute suspicion, toute incompréhension, la présence d'un interprète permet de poser les choses et il y a très peu d'institutions qui bénéficient d'un interprète. Il faut qu'elles puissent comprendre et qu'elles puissent poser des questions dire qu'elles ne sont pas d'accord par exemple et avoir des débats avec un interprète. (4)

Population participante :

Les participants étaient satisfaits de la représentation des différents partenaires intervenant dans la prise en charge des femmes enceintes précaires.

La présence la plus large c'est ça qui est intéressant. Pour avoir des regards croisés. Pour avoir des avis d'expert aussi. (9)

Toutefois, 4 participants ont émis des souhaits à ce propos.

Pour trois d'entre eux la RCP est bien adaptée pour Bordeaux Métropole mais n'inclut pas assez les structures plus éloignées.

La communication pour les structures bordelaise est bien faite. Mais il y a certains secteurs, pourtant assez proches de Bordeaux sur lesquels je travaille, qui ont moins l'habitude de travailler de cette façon, qui ne connaissent pas les RCP, qui n'y participent pas, et qui pourrait avoir des avantages à le faire. C'est le plan de communication qui pourrait être amélioré. Pour ceux qui sont un petit peu éloignés. (1)

Pour un autre, il manquerait deux populations : les avocats (droit des étrangers) et les médecins traitants.

Il faut davantage solliciter les médecins traitants. Qui sont souvent oubliés. Et ne pas occulter le côté administratif : pourquoi pas inviter un avocat ou inviter un juriste pour des situations qui concernent le droit des étrangers par exemple. (4)

Pour pallier au nombre important de professionnel, une proposition d'amélioration est apportée par un des participants : que les services envoient un seul représentant.

Je me dis que parfois ce serait pas mal qu'il y ait des porte-paroles, que les gens viennent représenter leurs services et fassent une synthèse de l'équipe. Il faut que chacun fasse ce travail de préparation plutôt que d'arriver en bloc. (10)

Problème de vulgarisation :

Deux des participants se sont plaint de l'utilisation de sigles et termes techniques.

Je pense qu'on n'est pas suffisamment familier des problèmes de fonctionnement sur le plan social. Les problèmes de logement on est un peu étranger à tout ça. En plus ils parlent par sigles, il y a énormément de sigles à ces réunions. (2)

Avec des termes parfois un peu techniques, c'est comme si moi je parlais d'obstétrique à quelqu'un qui n'en a jamais fait, des termes avec des abréviations sur des structures, on a un peu de mal. (7)

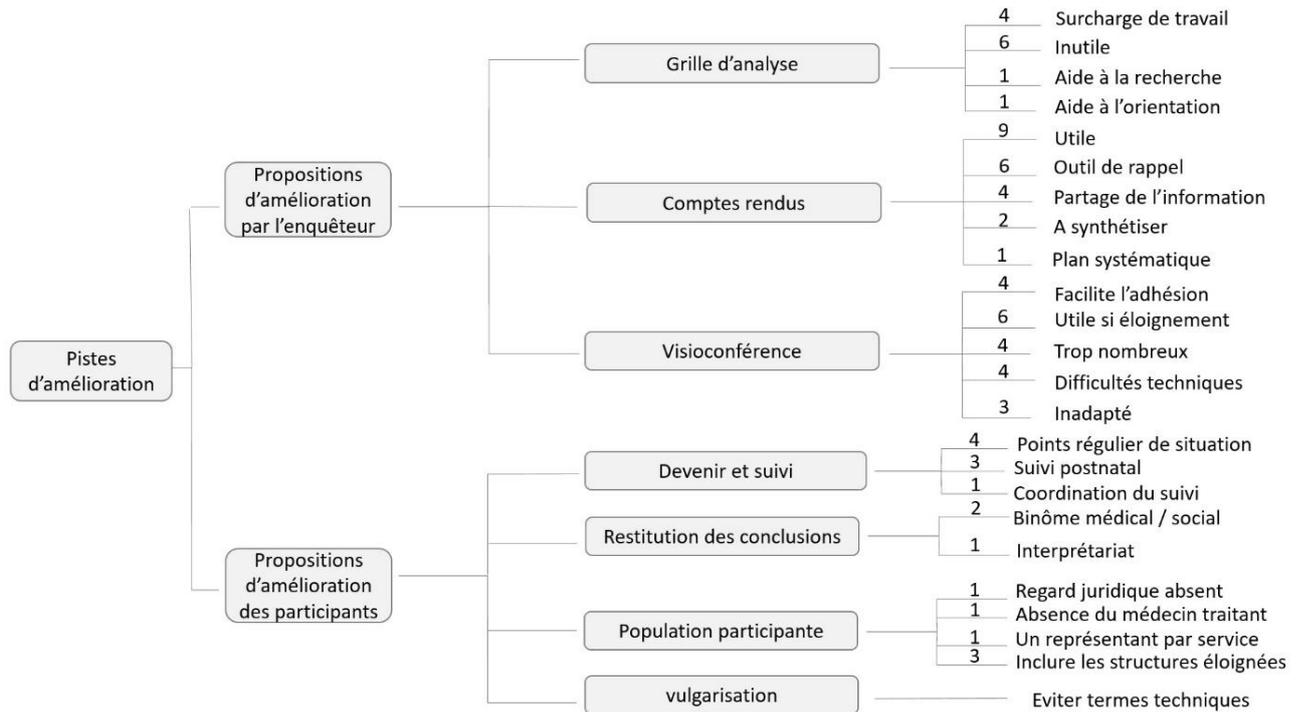


Figure 6 - Pistes d'amélioration

4. Analyse et discussion

4.1. Méthodologie

4.1.1. Échantillon

L'étude présente un biais de sélection car les professionnels à contacter ont été soumis par deux participants à ces RCP, dont la coordinatrice.

Ce biais était limité car la liste comportait les noms des participants présents aux dernières réunions, mais retravaillée pour former un échantillon très divers. Afin de varier les profils et donc les réponses apportées, nous avons favorisé la diversité des professionnels interrogés. Par ailleurs, nous avons sollicité des individus avec une expérience hétérogène, allant du jeune assistant social au médecin généraliste retraité œuvrant dans des associations. Les lieux d'activité professionnelle étaient tout aussi variés.

Pour obtenir des avis sur la méthodologie et les possibilités d'amélioration du dispositif, nos interviewés avaient participé au moins une fois à la RCP Périnat. Ceci constitue également un biais de recrutement important car les professionnels participant à ce type de réunions sont probablement plus favorables a priori que ceux n'y participant pas. Il serait intéressant de faire une étude qualitative avec ces deux populations, similaires du point de vue professionnel, afin de connaître les raisons poussant chacune de ces populations à prendre part ou non aux RCP.

Un seul participant était connu de l'enquêteur, ce qui limite un biais d'investigation évident.

Quatre professionnels contactés par courrier électronique n'ont pas participé. Deux ont évoqué un manque de temps et deux autres n'ont pas répondu. Cela engendre un biais de volontariat et de recrutement surtout lorsque nous n'en connaissons pas les raisons de non réponse : adresse de contact erronée, manque de temps, désintérêt du sujet ou autre ?

4.1.2. Recueil de données

La saturation des données était obtenue après huit entretiens. Cela a été confirmé par la réalisation de deux entretiens supplémentaires qui n'ont pas apporté de notion supplémentaire.

Un biais d'investigation a peut-être été induit par le fait qu'il s'agissait de notre première expérience de ce type d'étude. Ce biais a probablement été diminué en modifiant légèrement le guide d'entretien (formulation, ordre des questions) après le premier entretien qui a servi de test, pour en améliorer la compréhension.

Le guide avait également été testé avec la coordinatrice des RCP avant le début de l'étude.

Par ailleurs, malgré la neutralité des questions posées et l'utilisation d'un guide d'entretien préétabli, il est possible que nos réactions aux réponses aient influencé nos interlocuteurs. Cela induit un biais de déclaration, que l'anonymisation, annoncée avant l'entretien, a permis de diminuer.

Dans un souci de commodité pour les interviewés, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de travail était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphone, intrusion dans la pièce) qui ont pu nuire à la qualité de la réflexion. Parfois, le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens, mais la grande majorité des entretiens a eu lieu dans les temps prévus lors de la réalisation du guide.

4.1.3. Traitement de l'information

Afin de limiter le biais d'interprétation, l'ensemble du verbatim a été relu par deux personnes de mon entourage. Ce biais reste possiblement présent car ces tiers n'étaient pas expérimentés dans ce type d'enquête.

Il existe un risque que nos propres représentations et hypothèses préalables aient influé sur l'analyse des résultats, pouvant induire un biais d'analyse.

Nous avons tenté d'effectuer également une analyse sémantique mais elle n'a pas de valeur statistique dans notre étude. De plus, malgré nos efforts répétés pour tirer des informations des champs lexicaux utilisés, peu d'occurrences ont été retrouvées. Ceci peut potentiellement s'expliquer par les questions souvent vastes de notre questionnaire. Les occurrences auraient été plus nombreuses sur des questions beaucoup plus centrées, comme la définition d'une RCP par ses participants par exemple.

Une autre raison possible est la grande diversité des professions de nos interviewés qui, peut-être, mobilise un vocabulaire professionnel différent ?

En effet, si les idées étaient souvent partagées, les mots l'étaient beaucoup moins.

Néanmoins nous citons parfois le nombre d'occurrence d'un mot pour appuyer d'une approche lexicale la présentation des résultats thématiques.

4.2. Résultats

4.2.1. L'impact des RCP

Les RCP du réseau Périnat Aquitaine ont été créés à la demande de professionnels médico-psychosociaux concernés par le suivi des femmes enceintes précaires. Nous ne sommes donc pas très surpris que son évaluation par ce type d'intervenant soit globalement très positive. Comme nous l'avons vu plus haut, malgré notre soin de choisir dans notre population des professionnels non favorables aux RCP, les personnes participant à ces réunions sont probablement, dans l'ensemble, les plus intéressées par le dispositif.

Ainsi, lors de la première partie de l'entretien qui portait sur l'intérêt d'une analyse interdisciplinaire type RCP, 8 participants sur 10 ont décrit une plus-value de la RCP dans l'exercice de leur fonction.

Nous avons recherché, quelles étaient les idées revenant le plus souvent lors de ces entretiens, qui soutenaient l'intérêt, ou les critiques, des participants aux RCP.

Deux grands axes se développaient dans l'argumentaire des personnes favorables: l'impact positif et celui négatif. La RCP représentait un impact positif sur leur activité professionnelle ainsi que sur la prise en charge des patientes dont il y était question.

Elles décrivaient également un impact négatif des RCP mais pour 7 participants, les points négatifs étaient évoqués uniquement à la demande de l'enquêteur.

Chez les personnes défavorables les arguments étaient essentiellement centrés sur deux thèmes : la perte de temps, et la redondance avec un autre dispositif de concertation pluridisciplinaire, le staff de la maternité du CHU, qui laissaient peu de place aux éléments positifs (dont quelques-uns étaient néanmoins cités).

4.2.1.1. Impact positif

Concertation et interdisciplinarité

Comme nous le disions en introduction, les différents textes portant réforme de l'organisation de l'offre de soins et de la santé, ont fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé une priorité.

Les pistes avancées pour tenter de les réduire sont souvent axées sur la concertation et le **décloisonnement** des services en charge de personnes précaires. Ainsi, les réunions de concertation pluridisciplinaire sont au cœur d'une modification de la pensée du système de santé, axée sur la **mise en commun** du savoir et de la réflexion.

La circulaire du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité, nous rappelle qu'« *il s'agit d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux. (...) Cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés* »(38)

La HAS, concernant les professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse, insiste également sur l'importance d'une collaboration ville-hôpital, si possible au sein d'un réseau de périnatalité qui peut permettre le décloisonnement indispensable à la coordination des actions médico-sociales. (39)

Il semble donc qu'il y ait un accord global des institutions sur l'intérêt d'un travail de collaboration, dans lequel s'inscrivent les RCP.

L'apport de la concertation fait l'unanimité chez nos professionnels, notamment comme **stimulant de la réflexion**. Pour leur activité professionnelle la RCP facilite les démarches en favorisant la rencontre, et en regroupant les informations. Le bénéfice de cette collaboration pour la femme enceinte, en **cohérence et en continuité de prise en charge** a été relevé par les intervenants.

C'est dans la diversité professionnelle que réside la richesse de la concertation d'après 6 participants. En effet, c'est bien le caractère pluridisciplinaire qui distingue la RCP, par rapport au staff notamment.

Dans une optique médicale, cela permet la prise en compte des **dimensions sociales, culturelles, administratives**, parfois éloignées de nos références et **recommandations standardisées**, et

pourtant indispensables aux soins. Plusieurs participants notaient que l'intégration de ces dimensions donnait une prise en charge de meilleure qualité.

Marie Rose Moro (psychiatre dirigeant une équipe de recherche transculturelle) le décrit en faisant référence à la parentalité chez des femmes immigrées « Au nom d'une universalité vide et d'une éthique réductionniste, nous n'intégrons pas ces logiques complexes (...) nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner. (...) Penser cette altérité, c'est permettre à ces femmes de vivre les étapes de la grossesse et de la parentalité de manière non traumatique et de se familiariser avec d'autres pensées, d'autres techniques(...) Ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est aussi prendre le risque que ces femmes ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins, (...) pour penser, nous avons besoin de co-construire ensemble, d'échanger, de confronter nos perceptions à celles de l'autre. »(40)

D'après les participants la diversité de point de vue ouvre des possibilités et favorise la qualité de la réflexion.

La concertation pluridisciplinaire a spontanément été décrite par 4 participants comme une **tentative de remède à la complexité** de ces prises en charge, qui font intervenir des compétences multiples. La RCP peut être un des outils de gestion de cette complexité.

Quatre participants ont d'ailleurs souligné que la mise en commun des informations améliorait leur **compréhension** du dossier, précédemment incomplet.

La communication pour créer un lien, construire un réseau

Les participants ont relevé l'importance de la communication entre soignants ainsi qu'avec le patient et sa famille.

L'analyse sémantique, même si elle n'a pas de valeur statistique, reflète l'importance des mots **lien** et **réseau** pour les professionnels.

Ce lien est apprécié en terme quantitatif (gain de temps) et qualitatif (humanisation des relations).

La **parole** est valorisée par les participants (communiquer revient 10 fois). L'idée d'un espace dédié à la communication interprofessionnelle, où est entendue la parole de chacun sans hiérarchisation des statuts est appréciée. Certains soulignent l'importance de se retrouver physiquement dans un lieu, ce qui crée davantage de lien par le contact direct que les communications téléphoniques ou mails.

De plus les professionnels ont également noté que les RCP pouvaient libérer la parole chez ces femmes précaires car comme le souligne l'un d'eux : « *La parole est souvent considérée comme dangereuse par ces femmes.* » (Du fait de parcours aux traumatismes souvent multiples et de leur vulnérabilité psychologique, administrative...). Une des raisons pour laquelle les informations transmises par le patient sont souvent différentes selon les interlocuteurs est que la mise en commun favorise la compréhension.

Soutien psychologique et caractère pédagogique.

Cette communication interdisciplinaire a un effet psychologique positif sur les participants.

« *c'est douloureux et le fait de se retrouver ensemble ça fait du bien et on donne des relais aussi car parfois c'est tellement lourd* ». 7 participants l'ont évoqué, ce qui montre leur conscience de leurs difficultés à porter seuls des situations lourdes émotionnellement. Plusieurs études du milieu médical et social évoquent **l'impact psychologique** des personnes en charge de personnes précaires.

Par exemple, l'ONPES, dans un rapport de 2008, évoque l'impuissance, le surmenage, l'épuisement que peuvent ressentir les travailleurs sociaux. Ces derniers, tout comme les soignants, étant particulièrement exposés au burn-out, particulièrement lors d'exposition à des situations professionnelles d'une grande complexité.(41)

La RCP pourrait alors servir de soutien auprès des professionnels pour limiter cet impact psychologique. Par l'apport de solutions mais aussi pour la possibilité d'échanger sur une situation compliquée (ce dernier point faisant penser aux groupes Balint par exemple).

Une étude sur les RCP en gynécologie, évoquée en première partie, souligne le caractère bénéfique du partage de responsabilité de la proposition apportée. Dans cette étude la RCP est « jugée comme une nécessité par les soignants parce qu'elle amène une position consensuelle et raisonnée, qu'elle allège le poids d'une décision difficile et qu'elle favorise une vision plus globale de la personne soignée. » (36)

La RCP, en apportant son expertise et des propositions collégiales permet au professionnel de ne pas être seul à assumer une décision complexe.

De plus il a été remarqué par les participants que les RCP pouvaient diminuer les tensions interprofessionnelles par une meilleure connaissance du travail de l'autre et de ses motivations.

Le caractère pédagogique des RCP évoqué par la moitié des interviewés pourrait également, en participant au développement de nouvelles compétences, de nouvelles stratégies, diminuer un sentiment d'impuissance. Le côté formateur des RCP était souligné dans l'étude de la SFLS que nous avons évoqué dans la première partie. (37)

Nous avons également vu que l'INCA considérait que la concertation entre spécialistes participe à la formation et à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Une prise en charge plus adaptée pour les patientes :

Deux études, citées dans la première partie soulignaient l'impact positif des RCP dans la prise en charge des patients.(34) (35)

Une étude évaluant les RCP, citée dans la première partie, sur une collaboration entre médecins du travail et centre d'évaluation de la douleur, retrouve une amélioration des possibilités de reprise du travail chez des patients ayant des douleurs chroniques.(35)

Il serait intéressant d'effectuer une étude, où l'on évalue l'impact imputable à la RCP précarité sur les prises en charge des patientes vulnérables. Mais une telle étude serait beaucoup plus difficile à mener car faisant intervenir de nombreux critères, pas toujours simples à évaluer.

Les RCP s'inscrivent dans un processus d'évolution du milieu médical d'où elles sont nées.

La relation médecin-malade se définissait autrefois selon un modèle paternaliste, où le médecin, détenteur du savoir, prenait seul les décisions.(42)

Il est devenu courant à présent de se concerter (staff, groupe de pairs) en cas de complexité, et de prendre en compte les volontés du patient. Nous évoluons vers une vision plus transversale de la

santé, vers un système « patient centré », où le patient, est acteur de sa santé et de la décision médicale.

La place centrale du patient a été évoquée à plusieurs reprises par les participants des RCP Périnat, notamment lors de l'évocation de la restitution de l'information à la patiente et de la recherche de son consentement.

La médecine évolue, d'une dominante curative au siècle dernier, une médecine "4P" : préventive, prédictive, personnalisée, participative est aujourd'hui valorisée. Comme l'explique Luc Montagnier, prix Nobel de médecine en 2008 : « L'approche transversale de la santé et la médecine 4P doivent s'accompagner d'une rénovation de notre système de santé avec une approche holistique des soins fondée sur la personne et les relations interpersonnelles. D'un système centré sur la maladie, il faut évoluer vers un système centré sur la personne, sur sa santé. »

La médecine 4P nécessite entre autre « de faire évoluer les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, la relation médecins-patients, les missions des médecins généralistes (...) ». (43)

Il apparait que la RCP précarité est en accord avec ce concept.

Préventive et prédictive, car il s'agit d'anticiper les conséquences des vulnérabilités de la population traitée. Dans notre cas : prévenir les dysfonctionnements du lien mère-enfant, repérer les vulnérabilités et les capacités de la future mère afin de mobiliser si possible les moyens existant pour une meilleure aide. Ce point étant matière à débat chez les participants, certains estimant que la RCP ne générerait pas une anticipation suffisante des besoins des futures mamans.

Personnalisée bien sûr, car au cas par cas, et non selon des protocoles standardisés. (Ce point est d'ailleurs d'une grande importance pour les professionnels et la raison principale de leur rejet majoritaire concernant la grille d'analyse proposée comme support lors de l'entretien). Les RCP réunissent les divers professionnels au plus près du dossier, pour réfléchir de manière transversale aux complexités médico-psycho-sociales, **faire des propositions adaptées aux patients, et acceptables par eux.**

Comme l'avait souligné un des participants, cela crée « *des prises en charge de qualité puisqu'elles auront balayées toutes les dimensions et auront pris des décisions en connaissance de cause.* »

Participative enfin, car, si la patiente ne participe pas physiquement à la RCP, elle donne son accord à sa réalisation. Une interviewée avait évoqué la possibilité de faire participer les femmes enceintes pour plus de transparence. Un autre était en désaccord avec cette idée, qu'il jugeait très violente pour la femme de voir sa vie ainsi débattue.

4.2.1.2 Impact négatif:

Du fait de l'avis très contrasté sur cette partie entre professionnels défavorables et favorables, nous avons tenté dans les résultats de mettre en lumière les arguments des uns puis des autres malgré le déséquilibre numérique des deux parties (2 versus 8)

Les personnes favorables l'expliquaient par de multiples arguments, essentiellement liés à l'impact positif sur leur activité professionnelle, sur leur personne, ou sur la prise en charge de leur patiente.

Chez les personnes défavorables, les arguments étaient moins variés. Déjà, parce qu'ils étaient moins nombreux (2/10), ensuite parce que leur argument principal : la **perte de temps**, était

prépondérant au reste. En fait, la « productivité » des RCP était remise en cause par ces 2 participants du fait du temps passé en RCP, qu'ils jugeaient important, avec le rendement, qu'ils trouvaient insuffisant. D'autres participants (trois) ont également évoqué le caractère chronophage, même si cela ne remettait pas en cause leur participation ou l'intérêt des RCP.

Ce sentiment d'inefficacité était exacerbé par la redondance avec le staff de la maternité, qui nécessitait également leur présence pour, parfois, les mêmes dossiers.

En réalité, les 4 professionnels interrogés concernés par le staff ont évoqué ce problème de **redondance**, ce qui attire l'attention sur la gêne occasionnée et pousse à réfléchir à des issues. Deux participants ont envisagé des solutions : ne pas étudier un dossier déjà traité dans une des réunions, ou, plus radical, supprimer le staff de la maternité, jugé moins bien organisé par l'un des participants, car manquant de coordination.

On peut penser que les points négatifs évoqués par les participants favorables étaient secondaires, puisqu'ils n'étaient pas évoqués spontanément mais à la demande de l'enquêteur dans 7 cas sur 8.

Ils ont néanmoins envisagé (4 participants) un potentiel effet paradoxal des RCP de **déresponsabilisation individuelle** des professionnels. Un dossier présenté en RCP pourrait être considéré comme porté par le groupe, en oubliant la responsabilité individuelle de travailler sur les propositions apportées.

Ce phénomène pourrait être facilement minimisé par un rappel des tâches nominatives en fin de session et une reprise des dossiers à distance pour évaluer le suivi. De plus, en fin de RCP, d'après les participants, un référent est chargé de la restitution des informations à la patiente, il pourrait être chargé du suivi du dossier.

Le point négatif le plus partagé par les participants (cinq) est celui d'une déception dans leurs attentes pour certaines **conclusions** de RCP. Il faut remettre en perspective car 8 participants trouvaient également les RCP utiles. Il semblerait que cela rejoigne la question d'une **anticipation** suffisante ou non, et du caractère non décisionnaire des RCP qui divise les participants et sur lequel nous reviendrons.

4.2.2. Méthode:

Les participants se sont montrés globalement enthousiastes sur la méthodologie des RCP du Réseau Périnat Aquitaine, qu'ils trouvaient opérationnelles.

Les points techniques d'organisation, le déroulement des réunions, les synthèses emportaient l'adhésion du groupe. Les scissions se sont davantage révélées sur les attentes personnelles de l'utilisation des RCP.

4.2.2.1. Consensus

Restitution de l'information

Les participants se rejoignaient sur la nécessité de transmettre les informations et propositions de la RCP à la patiente. Les participants l'ont souligné, la restitution permet d'intégrer la parturiente dans le projet de soin, de la valoriser et de rechercher son adhésion.

Elle permet également d'ouvrir un espace de discussion. Un des participants a déclaré qu'il l'utilisait comme un support de travail, qui favorise la communication et la qualité du lien avec l'interlocutrice.

Pour que cet échange soit optimal, l'idéal évoqué par les participants est qu'il y ait un référent, garant de la parole commune, logiquement le plus proche de la personne et donc souvent celui ayant proposé de porter la situation en RCP. Ceci dans un souci de cohérence de la prise en charge et afin de ne pas multiplier les interlocuteurs. L'existence d'un référent est également valorisée par l'HAS dans sa définition des RCP : « Un professionnel référent doit être désigné pour assurer le suivi de la décision comme l'explication au patient et l'organisation de la prise en charge. » (8)

Consentement éclairé

La recherche systématique du consentement de la patiente était revendiquée par les participants. Outre les raisons éthiques, cette recherche peut s'inscrire dans les mêmes objectifs que ci-dessus, en redonnant à la personne sa place centrale dans le dispositif et en favorisant la discussion.

Quatre participants ont spontanément déclaré avoir toujours obtenu l'accord demandé, et aucun n'a évoqué de refus. Il semblerait donc que l'idée d'une réunion de professionnels travaillant sur leur situation soit plutôt bien perçue par les femmes concernées. Mais la question n'était pas posée par l'enquêteur.

Certains participants ont néanmoins relevé que ce consentement pouvait être biaisé du fait d'un défaut de compréhension, d'ordre linguistique. Effectivement pour que le consentement soit éclairé il faut que l'information soit comprise. Ceci souligne un problème qui peut être récurrent dans le travail de certains professionnels entendus: la communication sans interprète avec une population étrangère. Lors d'une étude antérieure sur les caractéristiques des femmes enceintes vulnérables sur Bordeaux Métropole 90% étaient d'origine étrangère.(44) Ce chiffre se rapproche probablement de notre population de femmes dont le dossier est traité en RCP.

Coordination

Le travail de la coordinatrice a été salué par tous, l'importance de ce rôle a été relevée par les professionnels. Ils ont apprécié la facilité pour mettre en place les réunions, le rôle de modérateur et la neutralité apportée lors de celles-ci, ainsi que la qualité des comptes rendus. Cette coordination permet aux professionnels en difficulté de mobiliser facilement et rapidement un réseau d'acteurs du champ de la périnatalité, et de faciliter les échanges.

L'HAS recommande qu'un groupe restreint de professionnels soit concerné par le suivi d'une femme enceinte. L'HAS souhaite également qu'une personne «coordinatrice» facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien.

La coordination entre ces professionnels permettant de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.(39)

Un coordinateur responsable du suivi avait également été proposé par l'un des professionnels interrogé pour aller plus loin dans la continuité des soins.

La présence dans certains secteurs (cancérologie, gériatrie) d'**infirmières de coordination** pourrait inspirer le milieu de la précarité. Nous avons évoqué avec les MAIA, l'existence de gestionnaire de cas pour coordonner les différents intervenants. (30)

Un médecin généraliste référent pourrait éventuellement jouer ce rôle de coordination, mais cela engendre d'autres problématiques en termes de temps dispensé, ainsi que de rémunération.

Membres extérieurs

D'après les participants interrogés, leur présence apporte un regard plus neutre sur une situation, en se dégageant de l'affect, ce qui peut donner des pistes de résolution. De plus, certains ont relevé le potentiel formateur de cette présence, ce qui rejoint l'idée d'outil pédagogique potentiel des RCP.

4.2.2.2 Débats

Instance non décisionnaire

La RCP n'étant pas décisionnaire, ses propositions ne sont donc pas des décisions définitives. C'est le point de divergence le plus important relevé lors des entretiens. Ce sujet semble particulièrement passionner chez les participants et créer une vraie scission. Pour certains c'est une valeur fondamentale, pour d'autres c'est l'élément freinant la capacité d'action de la RCP. Et pour d'autres encore, la vérité se situe entre les deux. Un participant disait son envie lorsqu'il est investi d'un dossier de voir la RCP user de son pouvoir pour obtenir des places, mais que, l'affect mis de côté, la RCP ne pouvait devenir un passe-droit.

Un autre participant considérait d'ailleurs que certaines situations n'avaient pas leur place en RCP mais était présentées dans le but d'obtenir une place en foyer.

Il y aurait en effet un problème **éthique** si les dossiers traités en RCP se voyaient plus facilement offrir des solutions d'hébergement que des dossiers similaires mais non présentés. Car évidemment, toutes les situations de femmes enceintes vulnérables complexes ne passent pas systématiquement en RCP.

L'autre raison du caractère **non décisionnaire** abordée par un participant est que si la future mère peut montrer des signes annonciateurs de la qualité de la relation avec son futur bébé, il est souvent difficile de tout prévoir avant la naissance. L'anticipation réclamée par certains n'est donc pas toujours possible.

Mais l'incertitude sur les modalités d'hébergement à la suite de l'accouchement pèse sur la prise en charge. Lors de l'étude précédemment citée sur les femmes enceintes vulnérables, 18 femmes sur

31 avaient un logement prévu après l'accouchement, dont 6 considérés comme précaires. Cela maintient la future maman dans une position d'attente et d'angoisse et freine ses projections. Cela impacte également les lits et les assistantes sociales de la maternité, en étant responsable d'un maintien prolongé dans les services hospitaliers. (44)

Ceci explique que les professionnels de terrain ont particulièrement à cœur le sujet de l'anticipation des prises en charge, et que cela se ressent dans les entretiens.

Nombre de participants

Les participants ont été nombreux (six) à se juger trop nombreux autour de la table, ce qui peut nuire à la qualité de la discussion. Un grand nombre d'intervenant peut entraîner des difficultés à repérer l'identité de celui qui a la parole, favorise les discussions parallèles et peut gêner la concentration.

Le rôle de modérateur de la coordinatrice prend alors tout son sens car il peut y avoir vingt personnes autour de la table, avec des avis contrastés.

On pourrait décider d'une sorte de quota à ne pas dépasser de participant ou limiter le nombre de professionnels d'un même domaine. Mais les interviewés (quatre) ont également loué la grande diversité des intervenants, très complète du fait de cette présence large.

Cette multiplicité n'est pas créée par la RCP mais elle est liée au grand nombre d'intervenants dans le parcours de la femme enceinte.

Nous l'avons évoqué plus haut, l'HAS recommande que le suivi des grossesses soit assuré par un groupe restreint de professionnels.(39) Mais dans la pratique, particulièrement dans cette population précaire complexe, et comme l'ont soulevé les professionnels interrogés, il y a souvent de nombreux intervenants.

Toujours selon l'étude effectuée sur Bordeaux Métropole, 20% des femmes n'avaient pas un référent social unique mais plusieurs interlocuteurs.(44)

Un professionnel médical me confiait qu'il tentait, mais rarement avec succès, de suivre jusqu'au bout de la grossesse les cas complexes afin que ces femmes n'aient pas un soignant différent à chaque fois.

On peut penser que la multiplication des intervenants peut être un facteur de confusion dans la prise en charge et qu'elle n'est bénéfique ni pour les femmes, ni pour les professionnels.

La RCP apparaît alors comme une réponse partielle à ce constat. En apportant une possibilité de communication et de concertation, elle permet de mieux identifier les cibles et regroupe les informations.

Ethique

Pour l'ensemble des participants, la RCP ne posait pas de problème d'éthique majeur car le secret professionnel est levé avec l'accord de la patiente et dans le but d'améliorer les prises en charge.

Lors des RCP, puis sur les comptes rendus les situations sont anonymes (seules les initiales figurent mais certains jugent cela illusoire). Les RCP commencent par un résumé de la vie de la patiente, ses pathologies somatiques et psychiatriques potentielles, ce qui est perçu par les intervenants comme une nécessité dans le cadre du partage des informations.

Cependant, il semble que les professionnels ne soient pas tous d'accord sur certains points. Pour certains, on pourrait limiter ce biais au secret professionnel en limitant le nombre d'intervenant, (ce qui rejoint la problématique de la multiplicité évoquée plus haut), et en évitant de donner des détails non nécessaires lors de la présentation.

Pour d'autre en revanche le respect du secret professionnel complexifie encore les prises en charge, par exemple en ne partageant l'information dans un même service, en n'informatisant pas les comptes rendus...

Temps par dossier

Ce temps était évalué à environ 40 min, modifiable selon le dossier.

La plupart des participants trouvait le temps consacré à un dossier correct et adapté en fonction de la complexité.

Mais deux participants disaient la nécessité de résumer les situations, d'avoir une réflexion plus concise.

4.2.3 Pistes d'amélioration

4.2.3.1 Proposition de l'enquêteur

Les propositions d'utilisation de support à la RCP n'ont globalement pas convaincu les personnes interrogées.

Nous avons déjà évoqué le peu d'intérêt suscité par la grille d'analyse. Cette question a d'ailleurs parfois nécessité des précisions lors de l'interview car les personnes interrogées ne voyaient pas quelle donnée pouvait y figurer. Une personne y trouvait toutefois une utilité pour la recherche et une autre comme outil d'orientation pour limiter la redondance avec le staff (la grille permettrait alors de diriger vers l'un ou l'autre des dispositifs).

Concernant les comptes rendus, ceux-ci étaient d'ores et déjà satisfaisants pour l'ensemble des participants, ce qui explique le peu de pistes d'amélioration évoquées. Les participants l'utilisaient comme aide-mémoire et comme partage de l'information avec les collègues. Son annuaire permet également de trouver facilement la liste des intervenants autour d'une situation et de les contacter.

Pour la visioconférence les avis étaient très partagés. Les favorables l'étaient pour des raisons de disponibilités et afin de faciliter l'adhésion en cas d'éloignement d'une structure ou d'un professionnel. L'un, en rapport avec le thème du suivi des dossiers post-RCP, proposait de se servir des visioconférences uniquement dans cette optique, en complément de la RCP classique.

Pour d'autres, cet outil semblait déconnecté de leur réalité quotidienne. Certains n'avaient pas les moyens techniques, d'autres jugeaient cette modernité en décalage avec la précarité.

Pour résumer, la plupart n'étaient pas contre mais dans un cadre restrictif. Car nous l'avons dit plus haut, les professionnels ont apprécié la possibilité de se rencontrer physiquement.

4.2.3.2 Propositions des participants

Devenir

Le point d'amélioration principal sur lequel se rejoignent la moitié des participants (5) est qu'il faudrait approfondir « l'après-RCP ». Ils souhaiteraient revenir sur les dossiers antérieurement traités en RCP pour un meilleur suivi.

C'est une réelle préoccupation des participants qui ont spontanément évoqué leur souhait d'un meilleur suivi des dossiers traités en RCP. Il existe actuellement des « points de situations », à distance de la première présentation mais ils ne concernent que peu de dossier. Certains participants ont souhaité généraliser ces points de situation voire continuer la concertation après la naissance de l'enfant.

Nous l'avons évoqué plus haut, un des participants a émis l'idée qu'il pourrait y avoir une personne responsable de la **coordination du suivi** et dédiée aux recherches et communication d'informations le concernant.

Ils soulignent ainsi l'importance de la **continuité** de la prise en charge.

Ce point n'a pas été évoqué mais il semble aussi intéressant, professionnellement parlant, d'être informé du suivi, des résultats d'une prise en charge. Ce retour peut avoir une valeur pédagogique, par l'expérience acquise.

De plus, il y a apparemment une nécessité à entourer ces femmes autour de la naissance.

Dans l'étude sur les femmes enceintes vulnérable de Bordeaux, un tiers n'avait pas de suivi social prévu après l'accouchement, alors qu'elles étaient 9.7% à ne pas en avoir pendant. Cela montre les difficultés pour ces femmes à se projeter après la grossesse.

Sur le plan médical, 93% avait un suivi post natal de prévu mais celui-ci l'était à 90% en PMI, ou le suivi pour la femme s'arrête à la consultation post natale.(44)

Sensibiliser ces femmes à prendre un médecin généraliste référent après l'accouchement pourrait être une réponse partielle. Cela permettrait d'établir une collaboration avec les PMI de ville (qui ne prennent les enfants en charge que jusque 6 ans) et un suivi dans le temps. Cela permettrait un dépistage précoce en cas de nouvelle grossesse dans une situation complexe.

Restitution de l'information et traduction

Les interviewés se sont montrés très concernés par la restitution de l'information. En effet, il semble qu'il s'agisse d'une étape clé dans la relation, certains ont parlé d'une ouverture au dialogue et à la discussion. La condition sine qua non à la qualité de ce moment est une bonne **compréhension**. En effet si la langue utilisée n'est que partiellement comprise par ces femmes,

non seulement cela peut créer des malentendus, mais cela prive la personne de pouvoir s'exprimer sur les propositions apportées. On rejoint l'idée du patient au cœur du dispositif, pour une prise en charge de qualité, et une bonne relation professionnel-femmes enceintes, la **traduction** est nécessaire.

On peut donc s'étonner qu'un seul participant ait évoqué ce point concernant la restitution sachant que, nous l'avons supposé, une majorité de la population ciblée est d'origine étrangère et beaucoup ne parlent pas le français (11/31 dans l'étude citée).

En revanche, cette question de la traduction a été davantage relevée pour le consentement. Tous les professionnels déclaraient le demander mais une partie était dubitative sur la compréhension des explications. Le code de santé publique est clair sur le sujet, un consentement ne peut être qu'éclairé.(45) Si les informations sont transmises mais non entendues, on passe à côté de l'objectif, et cela devient, comme l'a déploré un participant : une formalité à côté de la réalité.

Lorsque les propositions effectuées en RCP sont à risque de décevoir la femme enceinte, il est d'autant plus important d'avoir une compréhension mutuelle de qualité. L'idéal étant d'avoir accès au langage maternel, beaucoup plus efficace que celui d'une langue apprise. Mais la réalité est que l'interprétariat est parfois difficile à obtenir, quelquefois c'est un compatriote qui l'effectue au risque de brouiller un peu la discussion par des éléments affectifs.

Dans le cadre d'une « mauvaise nouvelle » la proposition apportée par deux professionnelles d'effectuer les restitutions par binômes médico-sociaux serait une idée à prendre en compte afin de mieux illustrer la réflexion commune sans pointer un professionnel.

La RCP pourrait d'ailleurs s'inspirer du protocole d'annonce développé dans le plan cancer. Certains professionnels participant aux RCP parlent d'une réflexion commune sur « l'annonce de la mauvaise nouvelle ».

Population participante :

Les différents services intervenant auprès des femmes enceintes précaires sont, d'après les participants, bien représentés lors des RCP. La profession des intervenants la plus diverse possible a été appréciée.

Certains professionnels ont remarqué que la RCP fonctionnait bien sur la CUB mais que les structures plus éloignées restaient exclues.

Ce point rejoint l'idée potentielle d'utiliser la visioconférence pour les structures éloignées.

Une interviewée a néanmoins déploré l'absence du regard juridique, notamment pour les patientes étrangères avec un avocat du droit des étrangers.

Elle a également regretté que les médecins généralistes, les médecins traitants ne participent pas aux RCP.

Cependant, concernant les critiques faites à la RCP à ce sujet, elles sont davantage portées sur le nombre trop important de gens autour de la table (comme nous l'avons vu plus haut) que sur les chaînons manquants.

Et en ce qui concerne les médecins généralistes, les femmes dont les dossiers ont été traités en RCP étaient probablement peu nombreuses à en avoir un.

D'après l'étude citée précédemment, et qui concernait un public similaire, aucune femme n'était suivie en cabinet libéral.(44)

Pour quelles raisons ? Le manque de couverture sociale est un frein au suivi libéral. Le rapport 2015 de médecin du monde retrouvait ces chiffres : 19% des étrangers en situation irrégulière vivant en France depuis plus d'un an disposaient d'une couverture maladie.(46). Les étrangères en situation irrégulière ne représentent sans doute pas l'ensemble de notre population d'étude, mais elles étaient majoritaires dans l'étude sur les femmes enceintes vulnérable de bordeaux métropole qui se rapproche de notre population. (44)

Certaines femmes sont en France depuis peu et n'ont pas encore de médecin référent (elles sont davantage adressées aux PMI).

Le même constat peut se faire pour les infirmières libérales (une seule participation aux RCP lors de la réalisation de l'étude), même si cela n'a pas été évoqué.

Vulgarisation

L'utilisation de sigles et termes technique au cours des RCP peuvent exclure du débat une partie des participants moins expérimentés dans ce domaine, comme l'ont déploré deux participants.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé sont un enjeu majeur de santé publique. Mais malgré un engagement important de l'Etat et une mobilisation de moyens pour en comprendre les causes et agir sur les déterminants sociaux de la santé, les ISS se majorent en France.

Les professionnels de santé et de l'action sociale sont souvent en 1ère ligne face aux personnes en situation de vulnérabilité, cibles des programmes de lutte contre les ISS. Leurs expériences devraient être une source de propositions mais malheureusement, peu de travaux mettent en évidence ce savoir opérationnel.

Regarder et analyser comment ces professionnels se sont unis pour tenter d'améliorer la prise en charge de femmes enceintes très vulnérables est donc une véritable opportunité.

L'expérience bordelaise des RCP Périnat Aquitaine nous a offert un terrain de recherche passionnant. A la fois, sur le processus de construction d'une telle approche transversale, interdisciplinaire mais aussi, sur la manière dont les professionnels se sont appropriés cette méthode, la critiquent éventuellement et proposent des améliorations.

Ce travail met en évidence qu'une approche inter-disciplinaire de la complexité individuelle, amène des solutions directement pour les patients, mais aussi pour les équipes.

Du côté des patients, la mise en lien des différents intervenants permet de mobiliser les ressources disponibles autour d'eux, en peu de temps. Les RCP permettent de finaliser un diagnostic médico-psycho-social complexe, d'effectuer des propositions, et de les transmettre au bénéficiaire (protocole d'annonce) afin qu'il s'approprie son projet de soin.

Côté professionnels, les RCP sont un moyen de valoriser la parole de toutes les parties prenantes. C'est un outil d'analyse et de gestion de la complexité. Et c'est enfin une aide pour assumer une décision complexe, faisant référence à des points de vue contradictoires ou à des paradoxes, sous l'angle de l'éthique individuelle et collective.

L'idée de structurer et d'organiser des RCP dans le parcours de soins de personnes vulnérables paraît donc utile. Il faut maintenant construire un modèle organisationnel cohérent, qui ne fasse pas double emploi avec les outils existants, qui trouve sa juste place dans le continuum de soin et d'accompagnement.

Ce travail donne des pistes pour élaborer un parcours de soins qui intègre les fragilités sociales et psychologiques d'un individu, non pas comme des obstacles insurmontables mais comme des éléments à prendre en compte dans les algorithmes des décisions thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Comité de la santé publique. La santé en France. 2002, (consulté le 31/01/2017). [en ligne]. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=71>
2. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
3. République Française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août, 2004.
4. Basset Bernard. Agences régionales de santé: les inégalités sociales de santé. Inpes. 2009, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. http://i.ville.gouv.fr/download_file/3531/5634/agences-regionales-de-sante-les-inegalites-sociales-de-sante-rapport-de-l-institut-national-de-prevention-et-d-education-pour-la-sante
5. Prost T, Rey S. L'état de santé de la population en France: rapport 2015, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
6. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
7. Plan périnatalité 2005-2007. (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>
8. Haute autorité de santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire - Fiche technique méthode DPC. 2014, (consulté le 04/08/2015) [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1356809
9. République Française. Le plan cancer 2003-2007. 2003, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. http://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
10. Vernazza-Licht N, Aiach P. La santé, usages et enjeux d'une définition. Vol. Revue PREVENIR. CEVM; 1996, (consulté le 08/02/2017) [en ligne]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01441821>
11. Organisation Mondiale de la Santé. La définition de la santé de l'OMS. 2003, (consulté le 29/08/2015) [en ligne]. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
12. Kickbusch I, Ardvison P. Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'OMS : d'une définition à sa reformulation. 1996, (consulté le 08/02/2017) [en ligne]. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/128417/>

13. Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne. 2002. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, (consulté le 08/02/2017) [en ligne].
<http://www.uni-mannheim.de/edz/pdf/ef/02/ef0206fr.pdf>
14. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis. Inpes; 2010.
15. OMS. Comblent le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008, (consulté le 23/08/2015) [en ligne].
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_fr.pdf
16. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil Economique et Social. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
17. INPES. ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? 2012, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
18. OMS. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. 2000, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
19. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009, (consulté le 29/08/2015) [en ligne]. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
20. Nathalie Blanpain. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. 2011, (consulté le 24/01/2017) [en ligne].
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280972>
21. Rainhorn JD, Grémy F F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Avis du Haut Comité de la santé publique. Rennes: Éd. ENSP; 1998.
22. Fondation Paris Descartes. Comprendre et réduire les inégalités sociales de santé maternelle et périnatale, (consulté le 24/01/2017) [en ligne].
<http://fondation.parisdescartes.fr/comprendre-et-reduire-les-inegalites-sociales-de-sante-maternelle-et-perinatale-2/>
23. ARS ile de France. Schéma d'organisation des soins, le volet ambulatoire. 2013, (consulté le 06/03/2017) [en ligne]. <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013.../ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire.pdf>
24. Massicotte J. Projet de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec. 2011, (consulté le 01/02/2017) [en ligne].
<http://ciusssmcq.ca/telechargement/228/projet-de-prevention-et-de-gestion-integree-des-maladies-chroniques-en-mauricie/>
25. République Française. Le Plan cancer 2009-2013. 2009, (consulté le 01/02/2017) [en ligne].
<http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
26. Buzin A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie –Inca. 2014, (consulté le 04/08/2015) [en ligne]. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10269-014-2438-3>

27. Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2016 - RCP MCO : campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ». 2016, (consulté le 01/02/2017) [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_945468/fr/ipaqss-2016-rcp-mco-campagne-de-recueil-de-l-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie
28. Inserm. Réunions de concertation pluridisciplinaire-cahier des charges. 2008, (consulté le 01/02/2017) [en ligne]. http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/29_CDC_RCP_V3.pdf
29. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie-Les cahiers pédagogiques de la CNSA. 2014, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf
30. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées. 2016, (consulté le 01/02/2017) [en ligne]. <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
31. Georges-Tarragano C. Les RCP médico-sociale et éthique: Un modèle d'organisation pluridisciplinaire développé à partir de la PASS de l'hôpital Saint-Louis. 2010, (consulté le 05/08/2015) [en ligne]. <http://www.jiqhs.fr/wp-content/uploads/2010/12/R%C3%A9union-de-concertation-pluridisciplinaire-M%C3%A9dico-Sociale-et-Ethique-H-St-Louis-C.-Georges-2010.ppt>
32. Platon J, Georges-Tarragano C. Entre réalités de terrain et enjeux politiques: Les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) médico-sociales et éthiques. 2011, (consulté le 05/08/2015) [en ligne]. <http://www.sante-pass-aquitaine.fr/sites/pass.cpm.aquisante.priv/files/u11/Compte%20rendu%20%20des%20pr%C3%A9sentations%2020-05-11.doc>
33. Descotes JL, Guillem P, Bondil P, et al. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain. 2010, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/evaluation-des-reunions-de-concertation-pluridisciplinaire-rcp-en-cancerologie-dans-la-region.html>
34. Wirth G, Camou F, Greib C, et al. COL 05-05 - Intérêt d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) « Endocardites ». août 2013, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. <http://www.em-consulte.com/en/article/826615>
35. Gueran M, Lussiez V. Intérêt de la concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. 2012, (consulté le 31/01/2017) [en ligne]. <http://www.em-consulte.com/en/article/694105>
36. Bodin F, Weber JC. La réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie pour valider la mastectomie prophylactique: atouts et faiblesses. 2015, (consulté le 31/01/2017)

- [en ligne]. <http://www.em-consulte.com/article/964945/la-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-de-c>
37. SFLS. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire VIH-RCP. 2008, (consulté le 23/01/2017) [en ligne]. <http://www.sfls.aei.fr/dpc/DPC-RCP>
 38. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, (consulté le 19/04/2017) [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
 39. HAS. Recommandations professionnelles: suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016, (consulté le 19/04/2017) [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
 40. Moro MR. Bientraitance, parentalité et pratiques professionnelles dans la petite enfance. *Contraste*. 15 nov 2012;N° 27(2):37-52.
 41. Ravon B. Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure: clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires. ONPES. 2008, (consulté le 20/04/2017) [en ligne]. http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rech_ONPES_usure_TS_Ravon_et_al_.pdf
 42. Debart A, Kack M, Blanchard F. La relation médecin-malade. *La revue du praticien* n°11, juin 2006, pages 1255-1258.
 43. Montagnier L, Bizard F. Anticipons le passage d'une médecine curative à une médecine prédictive. 2012, (consulté le 21/02/2017) [en ligne]. http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/13/anticipons-le-passage-d-une-medecine-curative-a-une-medecine-predictive_1666951_3232.html
 44. Chabellard N. Caractéristiques médico-psycho-sociales et suivi obstétrical des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur Bordeaux métropole. 2015, (consulté le 23/04/2017) [en ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01238416/document>
 45. Code de la santé publique - Article L1111-4. Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5.
 46. Médecin du monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2015, (consulté le 20/04/2017) [en ligne]. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis Lucile Astar, je termine mes études de médecine générale. Merci de m'accorder cet entretien qui sera enregistré et anonyme.

Je réalise une thèse sur les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires du réseau de périnat Aquitaine. Il s'agit d'entretiens auprès des professionnels médico-psycho-sociaux afin de recueillir leur avis et leurs propositions sur les RCP auxquelles ils ont participé.

1/ Face à des situations individuelles qui cumulent des difficultés multifactorielles, que pensez-vous de l'intérêt d'une analyse interdisciplinaire type RCP médico-psycho-sociale?

A - Si je comprends bien vous-êtes plutôt favorable à ce modèle de RCP médico-psycho-sociale ?

- Pourriez-vous me préciser quels sont, d'après vous, les points positifs à retenir de ce dispositif ?

- De votre point de vue, il y a-t'il néanmoins des points négatifs à ce type d'analyse?

B - Si je comprends bien vous-êtes plutôt défavorables à ce modèle de RCP médico-psycho-sociale ?

- Pourriez-vous me préciser quels sont, d'après vous, les points négatifs de ce type d'analyse ?

-De votre point de vue, il y a-t'il néanmoins des points intéressants à retenir de ce dispositif ?

2 / Du point de vue organisationnel, quels sont d'après vous les points les plus importants pour le bon déroulement d'une RCP ?

Je vous propose une liste indicative de points importants, que pensez-vous :

- de la méthodologie de la RCP périnatalité ? Quels points vous paraissent fondamentaux dans cette méthodologie ? Quels points sont aujourd'hui d'après vous absents ou superflus ?

- de la présence la plus large des intervenants impliqués autour du patient ? Des avantages et des difficultés éventuelles de cette approche collective et interdisciplinaire ?

-de la présence permanente de professionnels invités en qualité d'expert ?

- des questions d'éthique et de secret professionnel soulevées par l'approche de ce type de réunion ? Du consentement éclairé de la parturiente ?

- de la manière dont circulent l'information et les retours de décision ?

-de la désignation d'un référent chargé de transmettre les propositions de la RCP à la parturiente?

Autre point important que j'aurais oublié :

3 / Nous allons maintenant aborder une série de points spécifiques. Merci de me donner votre avis très librement à partir de votre expérience.

- Pensez-vous qu'une grille de support d'analyse interdisciplinaire (médico-psycho-sociale) pré-remplie par chaque participants serait utile ?

Quels pourraient être les points positifs de ce type d'outil ?

Quels pourraient être les points négatifs de ce type d'outil ?

Quelles données doivent être présentes dans cet outil de pré-recueil de données ?

-Pensez-vous que le temps accordé à l'analyse du dossier était adapté ?

Oui / Non

Quelle a été la durée, même approximative de la discussion et de l'analyse du dossier en RCP ?

Quelle est d'après vous la durée idéale pour l'analyse d'un dossier en RCP médico-psycho-sociale ?

-Avez-vous reçu un compte rendu de la ou les RCP à laquelle vous avez participé ?

Si oui : comment jugez-vous l'utilité de ce document ?

-Si je comprends bien il vous a été utile ?

Pourriez-vous me préciser quels ont été les points utiles de ce document ?

Auriez-vous des propositions pour améliorer la qualité et l'utilité de ce document ?

-Si je comprends bien il ne vous pas été utile ?

Pourriez-vous me préciser quels ont été les points inutiles de ce document ?

Auriez-vous des propositions pour améliorer la qualité et l'utilité de ce document ?

(Si non : pensez-vous que ce type de document soit utile ?

Pourriez-vous me préciser votre opinion sur l'utilité d'un tel document ?

Quels sont les points utiles, précis que vous souhaiteriez voir apparaître dans ce document ?)

4 / Dernière question, pensez-vous que les nouveaux outils de visioconférence pourraient être adaptés à ce type de réunion ?

5 / J'ai terminé. Merci de votre participation. Avez-vous des points à ajouter ou à préciser?

6 / Pour finir pourriez-vous me donner quelques éléments socio-biographiques, qui seront anonymes, qui s'inscrivent dans le protocole de cette enquête ?

votre âge

votre sexe

votre formation

Annexe 2 : Entretien 7

L : Bonjour, je suis Lucile Astar, je termine mes études de médecine générale. Merci de m'accorder cet entretien qui sera enregistré et anonyme. Je réalise une thèse sur les réunions de concertation pluridisciplinaire du réseau Périnat Aquitaine. Il s'agit d'entretiens auprès des professionnels médico-psycho-sociaux afin de recueillir leur avis et leurs propositions sur les RCP auxquelles ils ont participé.

Face à des situations individuelles qui cumulent des difficultés multifactorielles que pensez-vous de l'intérêt de l'analyse multidisciplinaire ?

P : L'avantage c'est que c'est des situations très complexes avec beaucoup d'intervenants donc le fait de pouvoir se regrouper permet de voir qui est présent et de discuter tous ensemble sur la problématique de la prise en charge. Parce qu'on a souvent certains éléments mais d'autres personnes qui ont connu la patiente ont d'autres éléments et le fait de mettre tout en commun permet de comprendre un petit peu mieux. Parce que quand c'est des situations difficiles ou des patientes qui parlent peu ou la barrière de la langue, ça permet de recueillir l'ensemble des éléments et de voir tous ensemble la réelle problématique de la patiente et de pouvoir bien cibler. Plutôt que de manière isolée tous de notre côté. Même si on communiquait par téléphone, c'est quand même plus compliqué parce que y a parfois une curatelle et un psychiatre, la PMI et tout ça. C'est surtout un sas qui permet de débloquer des choses beaucoup plus facilement.

L : Si je comprends bien vous-êtes plutôt favorable à ce modèle de RCP médico-psycho-sociale?

P : oui.

L : Pourriez-vous me préciser quels sont, d'après vous, les points positifs à retenir de ce dispositif ?

P: Oui, ça a eu un impact sur les prises en charge psychosociales car on a beau avoir un réseau important en connaissant les gens, on ne connaît pas tout et les personnes qui connaissent ce type de patients depuis très longtemps peuvent donner des éléments très intéressants et nous permettre de comprendre mieux les situations en dehors du fait de trouver des solutions. Des fois, on est un peu dans le flou car on a du mal à comprendre la patiente et ça nous permet d'améliorer la prise en charge aussi au domicile en nous donnant des éléments, des choses qui ne se délivrent pas forcément tout de suite. Parfois, il y a des patientes très fermées avec des histoires très difficiles, elles ne veulent pas en parler elles donnent des brides d'éléments et on ne sait pas sous quel angle parler à la patiente, avec les RCP, ça nous aide. Parfois, ce n'est pas grand-chose, mais ça nous aide à comprendre pourquoi la patiente reste dans cette situation. Pourquoi elle ne veut pas aller en foyer...au niveau des suivis ça impacte. Ça nous aide sur comment nous placer et parler avec la patiente car il y a quand même une asepsie verbale à avoir qui est plus importante pour ses patientes là car elles sont fragiles. Les RCP nous aident à mieux comprendre et concevoir. Il y a un impact aussi après les réunions. On arrive à des solutions pas miracles mais au moins un plan b pour éviter à des patientes de se retrouver à la rue ou de retourner dans des pays en guerre. Je trouve cela... pas gratifiant, mais ça rend heureux de trouver une solution pour ses patientes qui demandent une aide qu'on ne trouvait pas jusqu'à la RCP.

L : *est-ce qu'il y a néanmoins des points négatifs à retenir de ce dispositif ?*

P : plus on en fait plus on connaît les gens. C'est vrai qu'il y a beaucoup de monde. C'est vrai que même si on se présente au début, c'est difficile de savoir qui correspond à quoi, il faut réussir à suivre. Avec des termes parfois un peu technique, c'est comme si moi je parlais d'obstétrique à quelqu'un qui n'en a jamais fait, des termes avec des abréviations sur des structures on a un peu de mal. Après moi, j'y vais toujours avec l'assistante sociale qui m'explique sur le moment. Je dirais qu'il y a des choses un peu techniques qu'on ne connaît pas forcément mais l'assistante sociale m'a éclairci les choses et je comprends mieux. Donc, je ne vois pas de réel gros inconvénient à la RCP. Parce que, jusqu'à présent les patientes qu'on a présentées, ça a permis de débloquent pas mal de choses et de faire le mieux pour elles. C'est vrai que c'est des patientes pour lesquelles on a déjà essayé beaucoup de choses. On ne sait plus comment faire ou que faire pour trouver des solutions. C'est un peu la réunion de la dernière chance.

L : *Du point de vue organisationnel, quels sont d'après vous les points les plus importants pour le bon déroulement d'une RCP ?*

P : ce qui est très intéressant c'est que ceux qui connaissent la patiente s'expriment sur ce qu'ils ont recueilli sur le vécu de la patiente. L'important est de savoir d'où vient la patiente, pourquoi elle est dans cette situation, qui est l'entourage, des choses comme ça. Donc, cette première partie de réunion sur l'historique de la patiente est intéressante car il y a des choses qu'on ne sait pas forcément ou des choses que nous on peut apporter car on va au domicile de la patiente et qu'elle se livre plus facilement parfois plutôt qu'à l'hôpital. Donc cette première partie, du point de vue organisationnel est bien. Après les choses à mettre en place pour essayer de trouver des solutions ... il y a peut-être un travail qu'il faudra qu'on fasse. Bon, moi je ne suis pas une des personnes qui fait le plus de RCP, mais quand la RCP est passée et que le temps avance un petit peu, peut-être qu'au niveau communication il y a des choses à revoir. On s'appelle par téléphone mais il manque des éléments des fois sur les différents projets qu'on a essayé de mettre en place. C'est-à-dire que, par exemple, il y a une patiente: au niveau de la PMI on dit qu'elle va rencontrer telles structures et ça se fait et il y a des PMI qui ne nous préviennent pas et d'autres on le sait plus tardivement ou qui nous disent qu'il y a telle réunion et après on a plus de nouvelles. Il y a des choses peut-être au niveau communication à étudier mais c'est aussi parce que nous ne sommes pas présents autant que d'autres structures en RCP. Mais peut-être que ceux qui sont très souvent en RCP communiquent plus entre eux que ça. Après, il y a toujours un compte rendu de la RCP mais ma question est plus par rapport aux situations, comme elles se débloquent, comment ça évolue.

L : *et sur la méthodologie de la RCP même, sur son déroulement ? Quels points vous paraissent fondamentaux dans cette méthodologie ?*

P : moi je trouve ça bien structuré le fait qu'il y ait cette historique au début et qu'après on essaie de trouver des solutions ensemble. Il y a notamment toujours les deux médecins du monde, des médecins qui sont toujours présents et qui s'y connaissent très bien et qui sont capables d'avoir des idées pour essayer de débloquent des situations. Donc, au niveau méthodologie je ne vois pas de choses à modifier sauf le suivi après. Mais sur le moment je trouve ça clair et je ne suis jamais reparti de là-bas sans aucune solution en disant je suis allé à une réunion, j'ai expliqué le cas de la patiente et là, rien. Je suis toujours ressorti en me disant : « enfin on a peut-être cette solution, là on va peut-être pouvoir faire quelque chose, ça va peut-être pouvoir débloquent les choses pour cette patiente ». Donc, c'est assez satisfaisant en sortant de cette réunion de se dire qu'on va peut-

être réussir à faire quelque chose de pas trop mal pour cette patiente qui est dans une situation très difficile. Et ça fait du bien parce que c'est souvent des patientes qu'on suit depuis quelques temps et pour lesquelles on ne sait plus quoi faire. Et quand il n'y avait pas de RCP, quand j'ai commencé à travaillé, je ne dis pas que c'est la solution miracle à tout, mais j'ai déjà eu des patientes qui ont été renvoyées dans leur pays en guerre et c'est vrai que c'est compliqué de faire une fin de suivi en disant : « vous allez accoucher et vous repartez chez vous avec toutes les maltraitances et tous les risques qu'il y a ». Donc, c'est vrai que jusqu'à présent les RCP ont permis pas mal de choses, je ne sais pas si au niveau des pourcentages il y a plus de réussite que d'échec au niveau social et psycho-social, mais en tout cas pour nos patientes c'est sûr que l'on a eu beaucoup d'issues favorables.

L: et que pensez-vous de la présence assez large des intervenants : il y a des avantages et des difficultés éventuelles à cela ?

P: Ce qui est difficile, c'est qu'il faut réussir à suivre qui est qui et correspond à quoi par rapport à la patiente. Après la plupart du temps au sein des réunions il y a deux types de personnes : ceux qui connaissent la patiente et qui sont là pour expliquer la situation de la patiente et après il y a les professionnels au niveau psycho-social qui sont là pour aider dans des situations compliquées qu'elles connaissent bien et pour lesquelles ils sont à même de répondre à certaines questions. Après la multiplicité des intervenants, c'est toujours la même problématique, il faut réussir à suivre le fil. Mais d'une manière générale quand même on se laisse parler. Après il y a des étudiants et des internes, comme dans tous les CHU, et c'est très bien comme ça parce que c'est quand même très riche. J'en ai fait une au tout début et depuis dès que je peux y aller, j'y vais, parce que c'est très enrichissant aussi de comprendre le fonctionnement des RCP, et c'est quand même un réseau qui permet de répondre à beaucoup de questions. Des personnes que l'on rencontre pour cette problématique là et qu'on peut avoir au téléphone et se dire qu'on s'est croisé en RCP, des choses comme ça. Donc, ça permet aussi de mettre un visage sur des personnes qu'on a très souvent au téléphone.

L : et est-ce que cela soulève des questions d'éthique ou de secret professionnel ?

P: À partir du moment où il y a ce type de réunions cela reste en réunion, c'est le secret professionnel, on n'a pas à parler des patientes en dehors du travail. Maintenant c'est comme les staffs médicaux où il y a 10 internes, 10 externes donc je trouve pas plus qu'une autre réunion dans un hôpital.

L: Avez-vous quelque chose à dire concernant le consentement de la patiente ?

P: Non, ça je n'ai pas grand-chose à dire.

L : on en parlait un petit peu tout à l'heure : que pensez-vous de la manière dont circule l'information et les retours de décision ?

P: Le compte rendu est toujours envoyé de manière systématique aux différents intervenants donc c'est hyper bien. Il n'y a rien à dire au niveau du compte rendu. Peut-être qu'on peut améliorer par rapport à des visites qu'on essaie de mettre en place sur des patientes ou par rapport à un rendez-vous avec la PMI et des choses comme ça peut-être qu'il faut qu'on voit pour plus communiquer par rapport à ça une fois que la patiente a accepté d'aller à la PMI ou accepté d'être vue par les psychologues des choses comme ça. Nous, on va la chercher l'information parce qu'on veut savoir ce qu'il se passe mais peut-être qu'il faudrait qu'on communique plus et c'est compliqué car il y a beaucoup d'intervenants. Si une personne doit prévenir les 20, c'est vrai

que c'est très compliqué mais peut-être faire un retour mail par la suite je ne sais pas ce qui peut être envisagé mais ça peut permettre de nous aider dans la prise en charge. D'avoir le même son de cloche au niveau des patientes au domicile et de ne pas avoir à chercher l'information auprès de la patiente pour qui c'est parfois des sujets un peu épineux et qui sont difficiles à aborder. Donc nous, quand c'est comme ça, on appelle pour avoir des nouvelles. Donc on peut appeler nous aussi mais c'est vrai qu'on aurait l'information directement au lieu d'aller à la pêche... Ça reste rare et isolé, ce n'est pas fréquent, mais si on doit parler des imperfections...

L: que pensez-vous de la désignation d'un référent chargé de transmettre les conclusions à la patiente ?

P: Ça permet de centraliser les informations par rapport au nombre d'intervenants. C'est la difficulté des RCP, il y a beaucoup d'intervenants donc il faut que ce soit centralisé avec une conclusion par quelqu'un de référent. Il y a beaucoup de RCP donc c'est peut-être beaucoup de travail aussi mais cette personne qui centralise pour faire les comptes-rendus des réunions. Peut-être, qu'à ce moment-là un peu à distance : de faire un retour, de représenter le dossier à une RCP pour dire comment la situation s'est finie. C'est quelque chose qui je pense va être travaillé, maintenant je sais que c'est une des pistes de réflexion qu'il y a actuellement parce qu'on s'était dit que ce serait bien d'avoir des informations sur ce qu'il s'est passé. On va beaucoup dans l'intimité des patientes, sur le vécu des patientes, c'est quelque chose qui n'est pas forcément évident pour les patientes car elles ne préfèrent pas que beaucoup de personnes soient au courant de la situation mais en attendant on fait ça parce qu'on a pas d'autre solution. On est bloqué, on n'a pas réussi à trouver de solution que ce soit l'HAD, la PMI, le CHU, si on se réunit c'est qu'on est dans l'impasse. Donc, que quelqu'un regroupe les informations c'est quand même pas mal pour ne pas être perdu avec toutes les informations qui ont pu être délivrées.

L: que pensez-vous de la présence permanente de professionnels extérieurs au dossier et qui sont là en qualité d'expert ?

P: Je trouve cela très favorable car c'est souvent des professionnels qui côtoient beaucoup les patientes. Ils ont l'habitude de ces dossiers ce qui permet d'avoir une idée qu'on n'aurait pas forcément. Après, est-ce que ça doit toujours être les mêmes, peut-être que ça peut tourner, à voir d'un point de vue organisationnel ce qui est le mieux pour la RCP. A partir du moment où ce sont des personnes qualifiées pour pouvoir répondre aux questions, la problématique n'est pas de savoir qui est présent mais d'avoir les compétences pour répondre. En tout cas, il en faut c'est sûr et certain.

L: d'autres points sur l'organisation que j'aurais pu oublier ?

P: La réunion souvent commence avec du retard car c'est des sujets qui prennent beaucoup de temps. Ils essayent de maintenir une cadence importante car il y a beaucoup de dossiers. C'est purement égoïste mais quand on a pas mal de patientes à voir et qu'on commence en retard... Mais bon, on le sait et on ne fait pas non plus des RCP toutes les semaines. J'en vois une tous les deux mois à peu près. C'est vrai que ça prend beaucoup de temps. Sinon, une clim dans la salle, ça serait bien aussi (rires).

L: j'en viens à quelques points spécifiques, merci de donner votre avis très librement à partir de votre expérience. Est-ce que vous pensez qu'une grille de support à remplir par les participants avant la RCP pour recueillir les données médico-psycho-sociale pourrait être utile ? Quels pourraient être les points positifs ou négatifs de cet outil ?

P: Ça peut être intéressant. Mais ça doit en rien enlever la première partie de la réunion ou les

personnes expliquent les problématiques, on communique mieux en discutant c'est parfois difficile de remplir des papiers de situations très compliqué. Le fait de remplir une grille peut fermer. Parfois, c'est sur des petits détails en discutant, des choses qu'on ne va pas repérer sur une grille. Après, pour recueillir des choses de manière plus globale, peut-être que ça permet de voir des choses. Ça peut permettre de voir les grosses problématiques mais ça n'empêchera pas le fait qu'il faut que les intervenants expliquent leur point de vue, ce qu'ils ont vu. Si c'est pour faire un résumé il ne sera pas aussi bien fait que par un des intervenants qui connaît bien la personne. Il faut voir quel type de grille à ce moment-là mettre en place.

L: justement quelles données pourrait être présente dans ce type de support ?

P: les intervenants, les structures, les choses qu'on a déjà essayé de mettre en place, c'est pour mettre un cadre sur la patiente mais si on veut quelque chose de plus précis il faudrait des possibilités de commentaire et le problème c'est que c'est très difficile d'écrire sur ces situations. On a toujours peur de se dire cette information que j'écris là elle va diffuser où, comment ? Le problème de la confidentialité. Les comptes rendus quand ils sont tapés par la suite par quelqu'un de référent, les mots sont choisis, les choses répertoriées sont dites de manière structurée. Une grille permet de structurer mais ne permet pas de tout mettre. Si je fais un compte-rendu il ne ressemblera pas à ce que l'on reçoit car je n'ai pas l'habitude d'expliquer les situations médico- psycho-sociales comme ils le font. Ce n'est pas mon métier. Une grille pour mettre un cadre, qu'on pourrait donner aux experts, des personnes extérieures qui ne connaissent pas le dossier, ça se pourrait.

L : Que pensez-vous du temps d'analyse d'un dossier pendant la RCP ?

P : C'est selon le temps nécessaire, on a jamais dit pendant une RCP : il faut passer à la situation suivante, on a plus le temps. On va bien au fond des problématiques et pour pouvoir mieux répondre aux questions. Il n'y a pas de problème par rapport au temps.

L : quel est le temps approximatif pour un dossier ? Pour les RCP auxquelles vous avez assisté ?

P: Je crois qu'on est sur 40-45 minutes.

L: est-ce que c'est la durée idéale selon vous?

P: Il me semble que c'est bien. Cela dépend du dossier. Sur certains dossiers on a la solution très rapidement au final. Ça dépend de la complexité pour trouver la solution.

L: on parlait des comptes-rendus, avez-vous reçu un compte rendu de manière systématique ?

P: Oui

L: est-ce que cela vous a été utile ?

P: Oui. En réunion, je note des choses mais c'est beaucoup plus structuré. Ce n'est pas un compte-rendu de tout ce qui a été dit au niveau de l'historique, et au niveau de la confidentialité c'est pas mal, mais il est beaucoup plus précis sur les choses que l'on peut mettre en place. Et de manière bien organisée puisque c'est une personne qui s'y connaît qui le tape. S'il n'y avait pas les comptes-rendus ce serait gênant car c'est organisé, ça permet de poser les choses. Après on peut le reprendre et se dire : «elle avait rendez-vous avec untel, il s'est passé quoi ? ». En ayant une trace écrite, ça permet quand même de reprendre les différentes choses qui ont été mises en place et de voir si tout a été fait : quels échecs il y a eu, si on peut essayer autre chose, c'est intéressant d'avoir une trace écrite.

L: *auriez-vous des propositions d'amélioration de ce compte rendu ?*

P: Il est toujours un peu fait de la même manière mais peut-être qu'il serait pas mal de l'automatiser. Il y a déjà une introduction mais faire quelque chose de plus systématique un peu comme nous on a diagnostic, pronostic, conduite à tenir, traitement. Donc situation de la patiente, problématique en France, axe etc. c'est ce qui est fait de manière générale, mais comme ça en le lisant, c'est plus simple. Ça apporterait plus de lisibilité. Après, d'un point de vue médical, on traite comme ça, j'ai cru comprendre que du point de vue social c'est plus rédigé alors que nous c'est très sectorisé, c'est aussi peut-être plus compliqué à mettre en place. Mais ils sont très bien faits.

L: *que pensez-vous des nouveaux outils de visioconférence, pensez-vous qu'ils pourraient être adaptés à ce type de réunion ? ?*

P: je pense qu'il faut fonctionner avec l'air du temps. Oui, ça peut être utile, mais ça dépend de la situation. Tant qu'il y a une communication, oui, mais si c'est pour que tout le monde sois en visioconférence, non. Si c'est pour des personnes qui ne sont pas disponibles ce jour-là et qui ont des éléments importants apportés et qui ne peuvent pas venir : oui, ce serait intéressant qu'elles soient en visioconférence plutôt que de ne pas les avoir. Mais si c'est pour que tout le monde soit en visioconférence, c'est quand même très compliqué. En visioconférence quand on est nombreux c'est quand même très compliqué de se concentrer. On voit sur des staffs que j'ai eu, alors pas en RCP, mais staff médicaux, quand on se parle entre nous à trois et qu'il y a la visioconférence on écoute 80 % en face de soi et les 20 % à côté, on n'écoute pas tellement car c'est difficile d'avoir l'attention sur l'écran et sur ce qu'il se passe dans la salle.

L: *J'ai terminé. Auriez-vous des points à ajouter, des choses que j'aurais oubliées ?*

P: c'est un outil qui est vraiment bien. J'ai commencé à travailler ici il y a trois ans et demi et on n'avait pas ça auparavant. On s'appelait, on communiquait au maximum mais on avait pas mal de problématiques en suspens. Depuis qu'il y a la RCP, on y est très favorable et on les sollicite de plus en plus. On a des résultats qu'on n'avait pas avant car on avait beaucoup de mal à communiquer via le nombre d'intervenants. J'ai cru comprendre que vu comme ça marchait, c'est quelque chose qui est plutôt en train de se lancer. On demandait au début si on avait des patientes à présenter et on n'avait pas forcément le réflexe au départ car on ne connaissait pas. Maintenant dès qu'on a une patiente très compliquée, c'est devenu une de nos pratiques. Car c'est hyper confortable et bon de voir l'ensemble des professionnels.

L: *Merci de votre participation.*

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

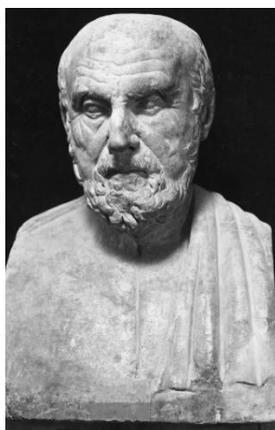
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



Buste antique d'Hippocrate, Capitole, ROME.

RESUME

Contexte : Bien qu'elles soient une priorité de santé publique, les inégalités sociales de santé augmentent en France. Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, nées dans le milieu médical depuis de nombreuses années, sont récemment utilisées dans le domaine de la précarité comme outil de réflexion autour de cas complexes medico-psycho-sociaux.

Notre objectif était de recueillir l'évaluation du processus RCP, par les professionnels ayant participé aux réunions organisées par le Réseau Périnatal Aquitaine.

Méthodes : Une enquête qualitative faisait intervenir dix participants médico-psycho-sociaux des RCP Périnatal Aquitaine. L'entretien orientait sur leurs opinions concernant l'impact des RCP sur la prise en charge des femmes enceintes précaires et leurs pratiques professionnelles. Les propositions des participants afin d'améliorer ce processus d'analyse et de décisions interdisciplinaires étaient également recueillies.

Résultats : Il ressort de ces entretiens qu'une approche interdisciplinaire apporte des solutions aux patients complexes (cohérence et rapidité de la prise en charge, appropriation du projet de soin) mais aussi pour les équipes (création de réseaux, outil pédagogique et d'analyse de la complexité, support psychologique). En revanche, ces réunions sont contraignantes (en temps) et n'apportent pas toujours de solutions immédiates. De plus, elles sont parfois redondantes avec d'autres dispositifs de réflexion commune.

Conclusion : L'analyse interdisciplinaire de situation complexe medico-psycho-social aide à l'élaboration d'un parcours de soins adapté qui intègre les fragilités sociales et psychologiques d'un individu. L'approche RCP renforce les liens entre les acteurs, optimise la mobilisation des moyens disponibles sur un territoire et permet de réfléchir au-delà de la lecture biomédicale. Cependant, elle nécessite du temps et un ajustement entre les différentes instances déjà existantes.

Mots clés : précarité, vulnérabilité, RCP, interdisciplinaire, cas complexe

Medico-psycho-social consultation meetings as a tool aimed at caring for precarious people: the vision of RCP participants from the Réseau Périnat Aquitaine.

Context: Although they are a public health priority, social inequalities regarding health are increasing in France. Multidisciplinary meetings (RCP), which have existed in the medical domain for many years, have recently been introduced in the field of precariousness as a reflexion tool applied to complex medico-psycho-social cases. Our purpose was to collect RCP process assessment made by professionals participating in the meetings of Réseau Périnat Aquitaine.

Method: Ten medico-psycho-social participants in RCP Perinat Aquitaine were interviewed for a qualitative survey. The interviews focused on their evaluation of the impact of RCP regarding the way precarious pregnant women were taken care of, and also regarding their own professional practices. The participants' propositions aimed at improving this analysis procedure as well as the interdisciplinary decision-making process were also collected.

Results: it results from this interview that an interdisciplinary approach brings solutions to complex patients (coherence and velocity of patient care, appropriation of the care plan). This approach also brings solutions to the teams of professionals (creation of networks, of educational and complexity assessment tools, and psychological support). However these meetings are time-consuming and do not always bring immediate solutions. In addition, they are sometimes redundant with other mutual reflexion procedures.

Conclusion: The interdisciplinary analysis of complex medico-psycho-social cases helps in the setting-up of a well-adapted care plan which takes into account the social and psychological vulnerability of each individual. The RCP approach strengthens the links between stakeholders optimizes the use of means available on a territory and makes it possible to think beyond biomedical assessment. However it requires time and adjustment between the various services already active in this field.

Key word: precariousness, vulnerability, multidisciplinary meetings, interdisciplinary, complex case.