

- L'appropriation des soins comme objet de travail de l'équipe de soins primaires : le cas de la concertation pluriprofessionnelle

Congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé :  
L'adéquation des soins dans les systèmes de santé

Session 2, 16 septembre 2021

François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie à l'EHESP – Centre  
Maurice Halbwachs

Renaud Gay, ingénieur de recherche à l'EHESP – laboratoire ARÈNES

# La strutturazione delle cure primarie, una volontà dello stato francese

- Per far fronte alla transizione epidemiologica e all'invecchiamento della popolazione, lo Stato cerca di **rinforzare le cure primarie** (legge HPST del 2009, legge di modernizzazione del sistema sanitario del 2016, ecc.) (Hassenteufel *et al.*, 2020).
- **Lo sviluppo dell'esercizio coordinato, pluri-professionale in équipe** (case di cura, ecc.) è una priorità della politica pubblica :
  - un lavoro in équipe che sia attrattivo per i giovani professionisti
  - dei finanziamenti complementari rispetto al pagamento a prestazione
  - una contrattualizzazione e dei finanziamenti fissati su obiettivi
- **Trasformare il modello storico dominante**, l'esercizio isolato dei medici liberi professionisti indipendenti (Hatzfeld, 1963).

# Le case di cura pluri-professionali (MSP) per una migliore appropriatezza delle cure

Uno dei criteri di finanziamento dell'esercizio coordinato sono le riunioni di **concertazione** pluri-professionnelles (CPP)

- Formalmente le CPP « puntano a definire la strategia di presa in carico del paziente e a coordinarne la messa in pratica »
- Il loro obiettivo principale è di migliorare la pertinenza delle cure offerte a dei pazienti con una situazione socio-clinica complessa (disturbi severi, patologie croniche, perdita di autonomia, ecc.).

Le autorità pubbliche inquadrano il lavoro d'équipe in maniera **morbida**, per mezzo di un accordo convenzionale interprofessionale (ACI) stabilito nel 2017 con le organizzazioni professionali (deve prevedere 6 riunioni all'anno, 5 % dei pazienti seguiti dai medici trattanti della MSP che presentano un disturbo di lunga durata ALD o con più di 75 anni di età, rapporti consultabili).

Le **dichiarazioni** che rispondono a tali criteri danno diritto a una **remunerazione** da parte della cassa di assicurazione sanitaria.

# Aprire la scatola nera della concertazione nelle MSP

**Obiettivo della presentazione:** in quale modo la CPP partecipa al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa della presa in carico dei pazienti?

Quale/i forma/e prende la CPP nelle MSP ? Che uso ne fanno i professionisti della salute ? Quali sono le loro attese?

Le CPP nel campo delle cure primarie **differiscono dalle riunioni di concertazione pluri-disciplinari (RCP) organizzate in ospedale** (Loretto, 2021) : le CPP sono pluri-professionali e senza un inquadramento preciso.

# La scelta di un quadro teorico

Un gruppo di ricerca pluridisciplinare (sociologia, medicina generale, geografia)

Il modello teorico di Careau è utile per analizzare le CPP (2013) :

Approccio individualista e clinico della collaborazione interprofessionale.

Il grado di interazioni tra i professionisti della salute si lega alla complessità della situazione del paziente.

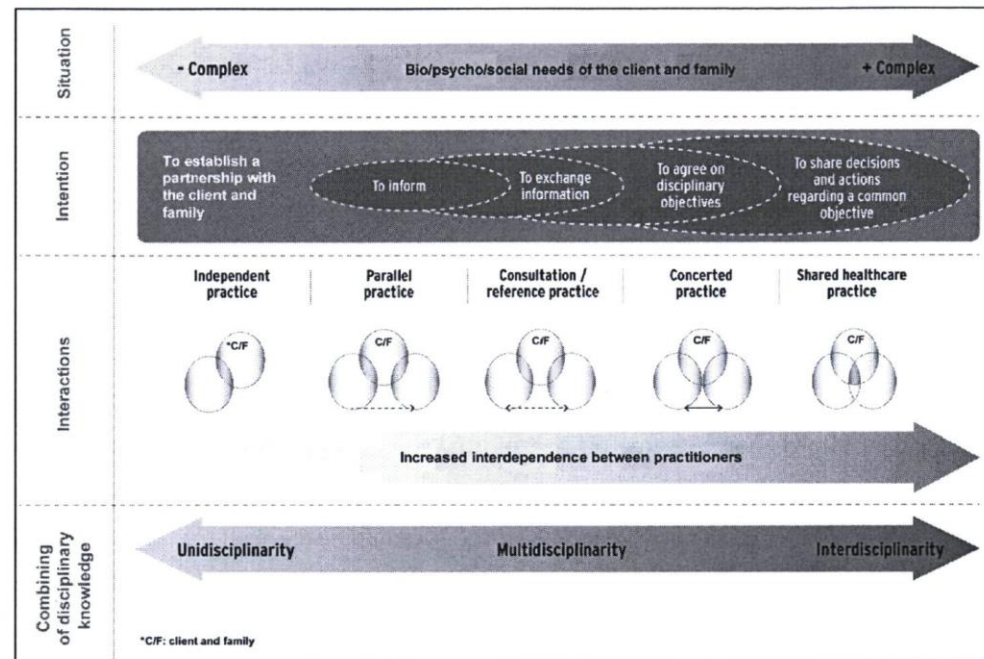


Figure 7 – Final version of the framework: The continuum of interprofessional collaboration practices in health and social care

# Ipotesi e materiale di ricerca

Ipotesi : le CPP dichiarate all'ACI dalle équipes MSP puntano a :

- migliorare la qualità dell cure destinate a dei pazienti considerati come casi complessi,
- ma anche a rafforzare il lavoro di squadra

Metodi e materiali :

- Analisi comparata delle attività di concertazione in 10 MSP.
- Materiali : testi scritti (rapporti, progetti, ecc.), interviste semi-strutturate (n=113), osservazione di situazioni discusse nelle riunioni CPP (n=65).

Progetto di ricerca « Concert'MSP » finanziato dall'IRESP



# Le case di cura oggetto della ricerca

	<b>Tipo di territorio</b>	<b>Data progetto sanitario</b>	<b>N° professionisti</b>	<b>Organizzazione</b>	<b>Numero di interviste</b>	<b>Numero di situazioni osservate</b>
<b>MSP1</b>	Rurale	2009	> 40	Multi-site	18	10
<b>MSP2</b>	Rurale	2012	10-20	Mono-site	13	0
<b>MSP3</b>	Rurale	2013	> 40	Multi-site	13	14
<b>MSP4</b>	Urbano	2013	10-20	Mono-site	11	1
<b>MSP5</b>	Rurale intermedio	2014	10-20	Mono-site	6	5
<b>MSP6</b>	Urbano	2014	> 40	Multi-site	15	2
<b>MSP7</b>	Urbano	2015	20-40	Mono-site	7	13
<b>MSP8</b>	Rurale intermedio	2012	> 40	Multi-site	10	10
<b>MSP9</b>	Rurale intermedio	2014	20-40	Multi-site	9	6
<b>MSP10</b>	Rurale	2010	20-40	Mono-site	10	4

# Risultati : delle situazioni di concertazione molto eterogenee

- Le CPP sollevano **dei problemi di azione collettiva** nella presa in carico dei pazienti che rimandano a **tre problematiche** (secondo il modello di Careau) :
  - L'interconoscenza tra i professionisti della salute
  - La condivisione dei saperi
  - L'apertura agli attori del territorio

## Una grande **eterogeneità** delle CPP :

- **Nella forma** : organizzazione, partecipanti, informalità, ecc.
- **Nella tematizzazione e nella frequenza**
- **Nel contenuto** : richiesta di opinione, di sostegno, scambi di punti di vista, processo decisionale.



# Risultati : oltre gli elementi clinici, delle cause sociologiche

**L'eterogeneità delle CPP** non si spiega solo a partire dalla natura delle situazioni oggetto di discussione ma anche **secondo fattori sociologici** riguardanti :

- **l'équipe** : le relazioni tra i suoi membri e il quadro di queste relazioni.
- **i professionisti della salute** : il contenuto del loro lavoro, il loro riconoscimento, il loro rapporto ai pazienti.

# Risultati : la concertazione dipende dalle relazioni all'interno dell'équipe

L'intensità delle CPP dipende dal **grado d'interconoscenza** dei membri dell'équipe :

- Un'interconoscenza **fonte di fiducia**, propizia allo scambio
- Il grado d'interconoscenza puo' **variare all'interno di una stessa équipe** (zoccolo duro e circolo allargato)

## Un quadro di concertazione più o meno istituzionalizzato

- **Le regole impongono vincoli ineguali** e strutturano le CPP (presenza obbligatoria o no, tematizzazione delle riunioni su certi tipi di pazienti, preparazione delle presentazioni, ecc.)
- **Dei sistemi d'informazione** condivisi più o meno sviluppati e appropriati, adatti più spesso al solo lavoro medico (Moyal, 2020).

# Risultati : l'importanza dei legami con il territorio

Dei **sistemi relazionali di prossimità** delle équipes MSP più o meno integrati :

- **Legami a volte stretti con gli attori del territorio** (servizi sociali comunali o dipartimentali, istituti scolastici, ecc.).
- **Partecipazione di attori esterni** alle CPP formali e informali.
- Articolazione, o fusione della CPP con **dispositivi di azione pubblica** (CLIC, PAERPA, micro-strutture, ecc.) → impatto sul contenuto della CPP.

# Risultati : la concertazione come spazio di regolazione

Le CPP sono **degli spazi di regolazione normativa** :

- Luogo di regolazione delle pratiche individuali e di **produzione delle regole collettive** (Schweyer, 2014).
- Contribuiscono alla **trasformazione di un modello di libera professione** : da un modello di contatto a un modello integrato (Lamarche *et al.*, 2003).

La regolazione riguarda anche il **registro emozionale e simbolico** del coinvolgimento dei professionisti nelle CPP :

- Uno spazio di parola, di rassicurazione et di rilascio per i professionisti della salute (Mercadier, 2017).
- Uno spazio di riconoscimento per delle professioni meno stabilizzate.

# Risultati : l'appropriatezza delle cure e le questioni professionali

**Il rapporto tra i professionisti e i pazienti come oggetto delle CPP :**

- **Un ruolo regolatore rispetto al linguaggio** dei diversi professionisti della salute implicati nella presa in carico.
- **La dimensione della qualità delle cure:** assicurarsi della coerenza dei messaggi indirizzati ai pazienti dai professionisti nel loro percorso di cura.
- **Una dimensione di potere :** accordarsi tra professionisti per imporre ai pazienti delle soluzioni concepite in precedenza.

# Discussione conclusiva

**Il modello teorico di E. Careau** sulla collaborazione interprofessionale deve essere completato :

- L'intensità delle CPP non dipende solo dalla complessità della situazione socio-clinica del paziente ma anche da fattori sociologici (configurazioni sociali della MSP e del suo ambiente).

La concertazione non è riducibile alla ricerca di una migliore appropriatezza delle cure alla situazione dei pazienti : essa risponde anche a delle questioni propriamente professionali.



# Grazie per la vostra attenzione!

## Bibliographie

Careau E., *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*, thèse de médecine expérimentale, Université Laval, 2013.

Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X., « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2020, p. 11-31.

Hatzfeld H. *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1963.

Lamarche P.-A., Beaulieu M.-D., Pineault R., Contandriopoulos A.-P., Denis J.-L., Haggerty J., *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003.

Loretti A., *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2021.

Mercadier C., *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au coeur de l'interaction soignant/soigné*, Paris, Seli Arslan, 2017.

Moyal A., « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2020, p. 103-123.

Schweyer F.-X., « L'efficacité collective dans le travail », in Paugam S. (dir.), *L'intégration inégale*, Paris, PUF, 2014, p. 261-278.