

L'INTERDISCIPLINARITÉ, UN CHOIX INCONTOURNABLE

Le développement de l'interdisciplinarité est lié à la chronicisation des maladies. Les disciplines de santé et les rapports qu'elles entretiennent entre elles ont évolué au rythme des transitions épidémiologiques et des représentations sociales qui les ont accompagnées. Elles vont se diversifier progressivement face aux défis sociétaux avant que l'importance relative des maladies chroniques n'encourage les institutions de santé et les professions à se réorganiser et à favoriser (au moins dans les discours) le travail collaboratif et l'approche holistique du patient¹.

Laëtitia Buret, médecin généraliste au CSI Hélios, chercheuse à l'Unité de recherche soins primaires et santé de l'ULiège, **Jessica Mellier**, doctorante à la faculté des sciences de la mortricité de l'ULB et membre de la chaire Be.Hive, **Céline Mahieu**, chargée de cours au centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé de l'ULB et membre de la chaire Be.Hive.

Au XIX^e siècle, la priorité est d'éradiquer les épidémies de maladies contagieuses : peste, choléra, syphilis... Seuls les médecins peuvent officiellement exercer l'art de guérir. Les besoins et les représentations relatives à la santé vont cependant évoluer avec les avancées technologiques et scientifiques (découverte des vaccins et de l'antibiothérapie, par exemple) et avec les grands événements sociétaux du XIX^e et du début du XX^e siècle (Grandes Guerres, industrialisation, condition des femmes, acquisition des droits sociaux...). D'autres disciplines des soins et de l'aide vont alors apparaître et gagner en légitimité. La différenciation des savoirs et l'organisation du travail en spécialités qui en résulte vont progressivement fragmenter la gestion de la santé des personnes par organe, par maladie, par problème (social, fonctionnel, médical...). C'est dans ce contexte que l'interdisciplinarité va émerger à l'initiative de mouvements contraires qui questionnent d'une part la tension entre le développement des spécialités et la nécessité de répondre de façon globale à l'unité de l'être humain et, d'autre part, les hiérarchies de pouvoir liées aux savoirs.

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle et jusqu'à nos jours, c'est l'évolution épidémiologique des patients vivant suffisamment longtemps pour être touchés par des maladies chroniques qui constitue le défi majeur d'intérêt

public. Alors que les malades chroniques acquièrent une identité sociale, la complexification de leurs besoins légitime de plus en plus d'interventions de différents professionnels et la collaboration entre eux pour tenter d'y répondre.

Des besoins complexes

Les valeurs sociétales défendues et les recommandations évoluent encore. La Charte d'Ottawa encourage en 1986 une approche globale et intégrée des soins en signifiant l'importance des déterminants non médicaux de la santé (accès à un logement, à un revenu minimum, à une alimentation saine, à l'éducation, à un écosystème stable, à la justice sociale, à un traitement équitable, etc.). Pour répondre à cette définition, une collaboration large entre professionnels des soins et du social est encouragée.

Parallèlement à cela, le déséquilibre entre le souhait de la population de rester le plus longtemps possible au domicile et les ressources privées disponibles n'ont cessé de renforcer cette vision de la force du collectif. Les services au domicile qui s'étaient professionnalisés, au départ pour répondre aux besoins engendrés par la guerre, sont aujourd'hui reconnus pour empêcher ou retarder l'institutionnalisation et pour satisfaire les besoins en matière de santé dans un continuum d'aide et de soins.

En Belgique, les politiques ont d'abord mis en

1. L. Buret, L. Biagi, F. Defraigne, H. Jamart, Q. Vanderhofstad, P. D'Ans, M. Schetgen, C. Mahieu, « Chapitre 4. Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences », *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*, Be.Hive, 2020.

place des trajets de soins par maladie chronique (diabète, insuffisance rénale...) avec pour objectifs d'assurer la continuité des soins et la coordination des professionnels impliqués. Cette modalité de collaboration entre disciplines centrée sur la maladie montrera rapidement ses failles. Elle apparaît aujourd'hui comme insatisfaisante, créant une structuration en silos de l'accompagnement des personnes au vu du développement des comorbidités. Des études épidémiologiques ont par exemple montré un risque plus impor-

La personne « malade chronique » est considérée comme un expert.

tant chez les personnes diabétiques de développer une dépression par rapport à la population mondiale générale, ce qui entraîne réciproquement des effets néfastes sur le diabète associé notamment à une diminution de l'adhérence aux recom-

mandations médico-psychosociales². De même, les sujets souffrant de douleurs chroniques musculosquelettiques peuvent présenter une vulnérabilité plus importante à différentes conditions médicales telles que de la dépression ou encore des maladies vasculaires².

Cette modalité de l'interdisciplinarité est donc progressivement contestée pour prôner une attention collective au patient appréhendé dans sa globalité. La force des différences est acquise comme nécessaire pour répondre aux besoins complexes d'une personne malade vue comme une unité non fragmentée. Les diversités de points de vue permettent de prendre en compte toutes les dimensions humaines et tous les déterminants de la santé, y compris non médicaux. La reconnaissance de la réciprocité de l'influence des différents facteurs médicaux, psychologiques, sociaux, environnementaux... sur la santé des individus incite d'autant plus au travail interdisciplinaire et à la reconnaissance de la complémentarité des savoirs et des pratiques. Dans les exemples du diabète et des maladies musculosquelettiques, l'intégration du regard des sciences humaines et sociales permettrait de dépasser la vision physiopathologique classique et de reconnaître l'environnement socioéconomique défavorisé comme influence néfaste au même titre que la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires⁴.

Aujourd'hui, l'interdisciplinarité dans sa forme

la plus intégrative inclut aussi le patient comme acteur de sa propre santé. Celui-ci prend une place privilégiée dans les réflexions et les décisions relatives à l'aide et aux soins pouvant être mises en place afin de répondre à son projet de vie⁵. Il devient le partenaire des professionnels et, dans cette perspective, son expérience contribue à la réflexion interdisciplinaire. La personne « malade chronique » est dans cette optique considérée comme un expert de sa vie avec ses maladies. Les recommandations suggèrent de plus en plus ce principe d'alliance thérapeutique visant à développer une décision consciente et éclairée du patient avec le soutien de toute l'équipe de soin.

Qualité de vie et santé des patients

De nombreuses études font état de l'amélioration de la qualité de vie des patients dans le cadre d'interventions interdisciplinaires. Les patients atteints de troubles cognitifs, mentaux et/ou psychologiques témoignent notamment d'une plus grande confiance en eux. Une méta-analyse sur l'interdisciplinarité dans l'accompagnement des personnes atteintes de dépression a montré des effets positifs sur les résultats de dépression normalisés à six mois comparativement aux soins classiques. Les patients en fin de vie témoignent quant à eux d'une amélioration de leur qualité de vie lorsque toutes les sphères de leur vie sont prises en compte dans leurs soins (psychologique, affective, médicale...). Globalement, la littérature fait état d'une amélioration des scores de santé mentale évalués au moyen d'outils de mesures validés⁶.

D'autres exemples de témoignages rendent compte que des patients atteints d'asthme infantile et traités par une équipe pluridisciplinaire ont connu un nombre de jours de crise d'asthme par année d'intervention moins important que les enfants bénéficiant des soins habituels⁷. La pratique interdisciplinaire a par ailleurs montré une efficacité sur les paramètres médicaux de certaines maladies chroniques. À titre d'exemple, des patients diabétiques accompagnés conjointement par des infirmiers et des médecins ont fait état d'une baisse du taux de glycémie à jeun et de l'hémoglobine glycosylée, de la tension artérielle moyenne, tant systolique que diastolique, du taux de cholestérol total et du taux de LDL-cholestérol⁸.

2. E. Mendenhall, B. Kohrt, S. Norris et al., "Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations", *Lancet* 2017;389.
3. H. Lindgren, S. Bergman, "Chronic musculoskeletal pain predicted hospitalisation due to serious medical conditions in a 10 year follow up study", *BMC musculoskeletal disorders*, 11 (1), 2010.
4. B. Brady, I. Veljanova, L. Chipchase, "The intersections of chronic noncancer pain: Culturally diverse perspectives on disease burden", *Pain Medicine*, 20(3), 2019.
5. M. Laloux, A. Néron, D. Lecocq, « Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire », *Santé conjugulée* n°88, 2019.

Augmentation de la satisfaction des professionnels

Selon de nombreuses études, les professionnels y trouvent aussi leur intérêt. Ils voient dans l'interdisciplinarité un moyen d'améliorer la qualité des soins, mais aussi d'améliorer leur satisfaction au travail. Selon eux, l'interdisciplinarité leur permet d'apprendre des uns et des autres et de mieux comprendre les possibilités d'agir ensemble. L'expérimentation quotidienne du travail collaboratif favorise l'implication de tous les acteurs dans une démarche de co-construction, elle tend à réduire la hiérarchie des savoirs. Le collectif permet aussi, d'une part, une plus grande objectivité sur les réels besoins de la personne et les moyens à mettre en œuvre et, d'autre part, la régulation des responsabilités de chacun au sein du groupe forçant le respect et le soutien mutuel. Dans la pratique interdisciplinaire, les professionnels trouvent l'opportunité de diminuer l'inconfort de la gestion du doute et de la charge de travail dans les situations chroniques. Ils y voient aussi l'occasion d'augmenter leur soutien mutuel dans la gestion de situations émotionnellement difficiles⁹.

Renforcement de la première ligne

L'interdisciplinarité est aussi devenue un critère de qualité en soi pour gérer les maladies chroniques de manière efficiente et équitable et apporter une réponse globale et cohérente aux problèmes complexes qui se posent aux malades et/ou à la population. En témoignent les recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), la volonté politique d'instaurer des projets de soins intégrés pour les malades chroniques (Integreo) ou encore la place faite aux recherches sur l'interdisciplinarité dans les chaires de la première ligne (Be.Hive et Academie voor de eerste lijn).

Ces recommandations laissent à penser que l'interdisciplinarité sous toutes ses formes de pratique est un élément incontournable pour répondre aux critères fonctionnels idéaux GICA (globaux, intégrés continus et accessibles) des soins primaires. Elle permet une vision tenant compte de toutes les dimensions de l'individu (médicale, psychosociale, culturelle, économique, etc.) et des soins intégrés de tous types (préventif, curatif, surveillance, réhabilitation, etc.).

Les pratiques montrent par ailleurs que la mala-

die n'est qu'une clé parmi d'autres pour entrer dans le système de santé. L'interdisciplinarité est dès lors un vecteur important du renforcement de l'accessibilité. La personne peut par exemple entrer dans le système de santé via un travailleur social à la suite de problèmes financiers, de logement, de perte d'emploi. Dans les maisons médicales, le premier contact de la personne se fait avec l'accueillant, qui va orienter la personne malade vers un soignant (médecin ou non). Plusieurs équipes ont fait en outre le choix de développer des consultations infirmières, faisant le pari qu'une première anamnèse fondée sur le diagnostic infirmier permette entre autres choses d'améliorer l'accessibilité aux soins.

Promouvoir et former

En dépit d'obstacles qui restent nombreux, la convergence de tous ces éléments contribue à faire évoluer les paradigmes et les pratiques vers davantage d'interdisciplinarité, incluant (ou non) le patient. Pour faire face à la chronicisation des maladies et continuer à offrir des soins de qualité, le passage au paradigme interdisciplinaire nécessite une première ligne forte.

Pour ce faire il semble essentiel de former ces différents acteurs aux pratiques collaboratives. Le développement de l'interdisciplinarité au sein de la première ligne implique de promouvoir, comme le font certains dispositifs pédagogiques innovants dans les universités et les hautes écoles, l'échange autour des rôles, compétences et responsabilités de chaque futur professionnel (de l'aide et des soins) ainsi que la vision du patient comme faisant partie intégrante de l'équipe.

Renforcer la première ligne, c'est aussi lui donner une place importante au sein du système de santé. Au-delà du fait que l'interdisciplinarité est un facteur essentiel d'une première ligne de qualité, sa pratique quotidienne est vue comme l'opportunité de réduire les concurrences entre les professionnels des différentes disciplines et ainsi de favoriser la cohésion nécessaire à la défense de la première ligne au sein des concertations politiques¹⁰. ■

L'expérimentation quotidienne du travail collaboratif favorise l'implication de tous.

6. S. Gilbody, P. Bower, J. Fletcher et al., "Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes", *Arch Intern Med*, 2006;166.
7. P. Lozano et al., "A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: Health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study", *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158.
8. K. Taylor, K. Oberle, M. Crutcher et al., "Promoting health in type 2 diabetes: Nurse-physician collaboration in primary care", *Biol Res Nurs* 2005;6.
9. M. Vanmeerbeek, C. Duchesnes, V. Massart et al., *Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en première ligne : quelles attentes des professionnels ?*, Liège, 2009.
10. L. Buret, *Interdisciplinarité en Santé : analyse et perspectives d'avenir pour les professionnels de la première ligne*, thèse de doctorat, Université de Liège, 2020.