

Vous avez dit « fonctions » ?

Isabelle Heymans,
médecin, secrétaire
générale de la
Fédération des
maisons médicales.

.....

Les métiers de la santé évoluent. On pourrait en parler en termes « d'identité » mais l'identité est ce qui résiste au changement. Il paraît alors beaucoup plus dynamique de décrire cette évolution en termes de fonctions. Approche qui ouvre la possibilité d'articuler la fonction de l'individu à la fonction de sa profession qui s'imbrique dans celle du service qui lui-même est acteur dans un système.

.....

1. OMS, Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. 2008 http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf. pp 45-65.

2. Monique Van Dormael, « Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires », Cahier du GERM n°152, déc 1981. http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/csi_vandormael.pdf.

Mots clés : métier, soins de santé primaires, système de santé.

Deux ordres de regard pour le mot : fonction. Le lire avec sa place de travailleur ou d'employeur est tout à fait différent.

On peut parler des fonctions du système, ou d'une partie du système, par exemple les soins de santé primaires

Ainsi, le rapport 2008 de l'Organisation mondiale de la santé¹ sur les soins de santé primaires prévoit qu'il faille fournir des soins efficaces et sûrs, de traitement, de soin, de prévention, de promotion de la santé, en

donnant la priorité à la dimension humaine. Offrir des services centrés sur la personne, construire des actions globales et intégrées, organiser la continuité des soins ainsi que de l'information, permettre l'accessibilité, prévoir un prestataire privilégié pour le point de contact avec le système, accorder une attention équilibrée à la santé et au bien-être, ainsi qu'aux valeurs et compétences de la population et des agents de santé.

Reste à définir dans quels domaines. La santé c'est le bien-être psychique, physique et social. Si chaque secteur ne doit pas tout réaliser lui-même, il nous semble que les trois dimensions doivent être prises en compte par les soins de santé primaires. De même que toutes les populations, quelles que soient ses caractéristiques sociales, de genre, de santé, d'âge, ou autres.

On peut parler des fonctions d'un service, par exemple un centre de santé de premier échelon

En 1981, Monique Van Dormael² décrivait les fonctions du centre de santé intégré. Elle cite des fonctions curatives et des fonctions préventives et de promotion de la santé.

● Les fonctions curatives

On peut distinguer la fonction de premier contact, la fonction de synthèse, la fonction d'accompagnement. La fonction de premier contact implique de fournir des services polyvalents, une accessibilité géographique, économique, culturelle et psychologique, la permanence et la continuité des soins.

La fonction de synthèse implique le recueil d'informations, l'inventaire de solutions possibles, l'information du patient et le fait de lui permettre la prise de décision. Ceci impose la mise au point globale clinique et psychosociale, la relation durable, la tenue d'un dossier, la coordination des acteurs de santé concernés par l'individu, la demande d'examen techniques adéquats, la réalisation



de certains d'entre eux, la prise en compte des facteurs scientifiques et économiques, la référence vers des centres plus spécialisés, la construction de stratégies de traitement, et *last but not least*, l'écoute ainsi que la communication et l'information (exacte, complète, compréhensible), la discussion avec le patient des options possibles, le soutien à sa prise de décision, et parfois la prise de décision à sa place.

Il y a enfin la fonction d'accompagnement du patient, dans l'exécution du traitement des soins, dans l'évolution du problème de santé, dans la relance des personnes, dans l'évaluation des stratégies adoptées et dans la réorientation éventuelle. L'accompagnement vise aussi la réadaptation et la réintégration sociale.

● Les fonctions préventives et de promotion de la santé :

- La détection et la surveillance des individus « à risques », par la proposition de mesures de prévention primaire ou de diagnostic précoce. Pour cela, la construction et l'évaluation de stratégies de surveillance, la délimitation de la population de responsabilité, le contrat avec les usagers.
- La réalisation de dépistages systématiques, les vaccinations.
- La promotion de la santé, et pour cela, l'organisation de la participation collective, l'information, la fonction de synthèse, le soutien à la prise de décision par la population, l'éducation à la santé, le soutien aux actions de la communauté locale en fonction de facteurs favorables à la santé.

● Les centres de soins primaires

Le rapport 2009 de l'OMS parlait de constituer des « réseaux locaux de centres de soins primaires » en attribuant à ces centres de soins primaires les fonctions de premier point d'entrée dans le système, de responsabilité pour la santé d'une population définie, de coordination des autres services de soins (spécialisés ambulatoires, hospitaliers,

organisations d'usagers ou citoyennes, etc.). Ce rapport mentionne également : « Cela ne signifie pas que les agents de santé au point d'entrée doivent résoudre tous les problèmes qui se présentent à eux, ni que tous les programmes sanitaires doivent toujours être mis en œuvre par un seul service de prestation. L'équipe de soins primaires doit néanmoins être capable de faire face au plus gros des problèmes sanitaires de la collectivité. Lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, elle doit être capable de mobiliser d'autres ressources, en orientant les patients vers d'autres services ou en sollicitant l'aide de spécialistes, d'hôpitaux, de centres de diagnostic et de traitement spécialisés, de programmes de santé publique, de services de soins de longue durée, de services de soins à domicile ou de services sociaux, ou encore d'organisations d'entraide ou d'autres structures à base communautaire. Cela ne saurait signifier un abandon de responsabilité : l'équipe de soins primaires conserve la responsabilité d'aider les gens à naviguer dans cet environnement complexe. ».

On peut parler des fonctions, liées à une profession, à remplir par des travailleurs dans des institutions, par exemple médecin généraliste, sage femme, accueillante...

La WONCA Europe a édité en 2002 une définition européenne de la médecine générale – médecine de famille³. Elle y décrit les caractéristiques de la médecine générale, ainsi que les compétences nécessaires.

D'autres secteurs professionnels ont développé leur description de fonction. Nous citerons par exemple la définition de la fonction d'accueil⁴ ou d'assistant social⁵ en maison médicale, éditées par la Fédération des maisons médicales. Mais d'autres associations représentatives de professionnels ont fait l'exercice⁶.

L'IF-IC, ou Institut de classification des fonctions asbl⁷ constituée par des organisations

3. *Wonca Europe 2002*, La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
A Noter que le Forum des associations de généralistes belge (FAG) a également publié en 2002 le livre blanc de la médecine générale.

4. Définition de la fonction d'accueil : <http://www.maisonmedicale.org/ABeCeDaire-de-l-accueil.html>.

5. Définition de la fonction d'assistante sociale en maison médicale : <http://www.maisonmedicale.org/Definition-de-la-fonction-d.html>.

6. Par exemple : les sages femmes : voir <http://www.sage-femme.be/parents/le-role-de-la-sage-femme/>, ou

l'infirmière spécialisée en éducation du patient : http://www.aipe.be/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=13

7. <http://www.if-ic.org/institut-de-classification-de-fonctions/>

8. http://www.favv.be/sp/pa-sa/doc/legvet/1967-11-10_EMV_AR.pdf.

patronales et syndicales du secteur des soins de santé travaille au développement d'une nouvelle classification des fonctions du secteur. Elle finalise actuellement une description des fonctions dans laquelle se retrouvent l'objectif général de la fonction ainsi que les tâches principales.

Enfin, l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé⁸ donne une certaine description des fonctions telles que reconnues par le ministère de la Santé publique et on peut considérer qu'une série de fonctions attendues de la part des professionnels peuvent être déduites au travers des tâches ou des actes autorisés (ou non) et rémunérés (ou non) par l'INAMI.

Les fonctions d'un travailleur, par exemple, le Dr Martin ou l'infirmière Dupont peuvent être adaptées plus spécifiquement

En gestion des ressources humaines, il est prévu que chaque travailleur ait un descriptif de fonction, c'est-à-dire de ce qui est attendu de lui, en général dans des termes suffisamment généraux pour permettre la souplesse dans leur réalisation : il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de tâches. Cette description est parfois liée à une profession reconnue et se rapprochera alors très fort de la fonction citée juste avant. Ou elle peut remplir une fonction particulière, non décrite de manière aussi standardisée, ou avoir élargi sa fonction à d'autres tâches spécifiques. C'est ainsi qu'un médecin généraliste peut aussi développer des projets d'assurance de qualité de l'institution, qu'une infirmière peut coordonner des projets de promotion de la santé, qu'une accueillante peut assurer la facturation, qu'un animateur peut être engagé pour soutenir la participation des usagers, etc.

Ce sont ces descriptifs de fonction qui nous permettront probablement d'identifier des fonctions nouvelles qui se développent, des orientations de certaines professions... soit qu'ils existent, soit que nous suscitions leur émergence.

On le comprendra, ces définitions de fonctions

s'emboîtent l'un dans l'autre, du système au professionnel et inversement. Idéalement, chaque niveau est censé répondre partiellement aux fonctions du niveau supérieur.

On pourrait aller plus loin en décrivant les missions et les tâches du travailleur à l'intérieur de sa fonction.

Des personnes pour remplir ces fonctions, dans un contexte

Les fonctions en soins de santé primaires peuvent se réfléchir en termes systémiques. Mais, à un niveau plus « micro », ces fonctions sont remplies par des professionnels dont les idées et les modes de vie évoluent aussi et elles s'exercent dans un contexte tout aussi changeant. Quelques exemples, sans exhaustivité.

Les personnes

Voilà déjà bon temps que les soignants ne fonctionnent plus sur un mode sacerdotal fait d'une disponibilité constante tout au long d'une carrière figée. Le souci du développement personnel et la volonté d'avoir une vie de famille leur sont reconnus comme des objectifs légitimes, et cela ne nuit certainement pas à la qualité de la relation thérapeutique. On peut très bien imaginer que dans un avenir proche, les fonctions de la première ligne soient remplies par un plus grand nombre de soignants de première ligne, de professions différentes, travaillant selon des horaires moins lourds que leurs prédécesseurs. Des exemples se vivent déjà dans les maisons médicales : si on est plusieurs, on peut se partager les horaires du soir, et aller certains jours chercher ses enfants à l'école...

Si les choix de vie des soignants influencent leur façon de faire évoluer leur métier, des mutations sociologiques plus générales le font tout autant. Les nouvelles générations de soignants sont à majorité féminine, ce qui ne manque pas d'infléchir les habitudes de travail dans un monde où l'égalité de l'homme et de la femme est encore loin d'être effective,



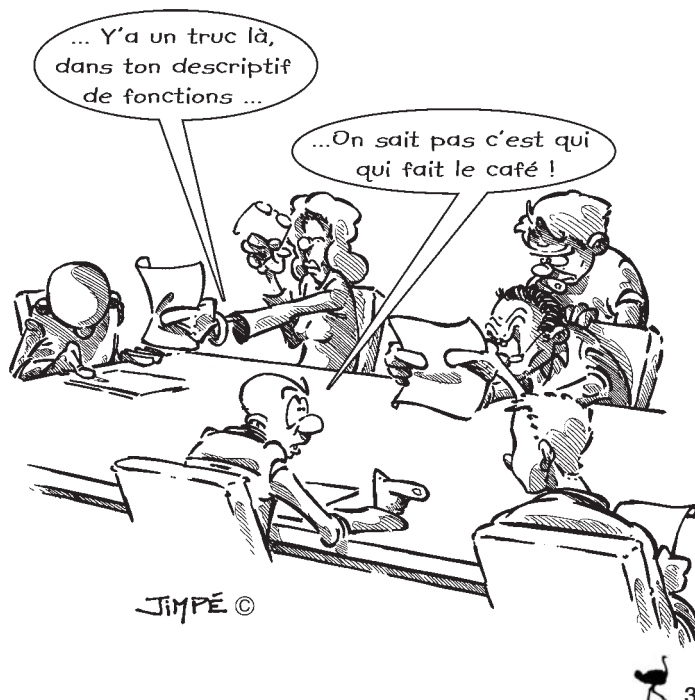
notamment en termes de revenus, de gestion de la vie de famille et des enfants. De même, les universités forment de plus en plus de soignants d'origine étrangère qui portent d'autres conceptions et d'autres modes de fonctionnement, source à la fois de richesse et de questionnements quant à notre mode de fonctionnement.

Le contexte

Les métiers de première ligne sont confrontés directement à la croissance de la précarisation et des inégalités, ce qui amplifie sans cesse leur rôle d'interface entre le social et la santé. Ils sont les premiers témoins des nouvelles problématiques environnementales ou sociales (montée des violences, sans domicile fixe, sans-papiers en sont les exemples les plus visibles). Enfin, les populations « cibles » deviennent cosmopolites, elles ont souvent d'autres attentes vis-à-vis du système de santé et ne rentrent pas sans conflit dans le système établi.

Au plan « vertical », la progression ininterrompue du volume des connaissances et des possibilités techniques continue à fragmenter une première ligne tiraillée entre la volonté de dispenser des soins de qualité (toujours plus complexes) et celle de demeurer généraliste et transversale. Face à cette pression, les nouveaux soignants réagissent en développant des pratiques de groupe ou de réseau.

Ces quelques éléments, disparates et incomplets, illustrent le caractère multifactoriel des déterminants de l'évolution des professions et des fonctions de santé. Dans notre réflexion sur les mutations des métiers de première ligne, il importe de les garder à l'esprit, à la fois comme contraintes et comme ressources. ●



Tentatives de clarification de définitions

- Métier (orienté travailleur) : travailleur diplômé qui s'insère dans une fonction générique. Par exemple l'assistant social, métier protégé, on parle de famille professionnelle.
- Profession (orienté travailleur) : c'est la traduction du métier dans un emploi. Pour professer, il faut avoir un métier et un employeur. La profession peut ne pas être en lien avec mon métier. Par exemple ma profession est formateur mais ce n'est pas mon métier de base (éducateur de formation par exemple).
- Fonction (orienté employeur) : j'exerce une fonction en fonction d'un cahier des charges établi par l'employeur.
- Mission (orienté employeur) : donne sens au travail. Finalité/but du travail. On fera référence à des valeurs.
- Tâches ou activités, actions opérationnelles et dynamiques. C'est la réalisation concrète du travail.
- Compétence = devrait faire se rejoindre la vision de l'employeur et l'employé. Le travailleur sera capable d'accomplir des tâches. Une compétence est liée à des savoirs : savoir être, savoir partager, savoir faire. Nécessité d'une reconnaissance par l'employeur des capacités du travailleur.

Prenons deux exemples/illustrations.

● *Je suis gestionnaire en maison médicale*

- Mon métier = je suis éducateur spécialisé de formation.
- Ma profession = je suis gestionnaire dans une maison médicale.
- Ma fonction = je m'occupe du travail administratif, de la gestion du personnel, de la comptabilité.
- Ma mission = je m'assure du bon fonctionnement administratif de la maison médicale dans le respect de ses missions et des ses valeurs.
- Mes tâches sont :
 - Organisation des réunions ;
 - Rédaction des procès-verbaux ;
 - Fiche de prestations ;
 - Contact avec le secrétariat social ;
 - Facturation ;
 - Payement des factures ;
 - Gestion du budget.

● *Je suis accueillante dans un centre de planning familial*

- Mon métier = je suis assistante sociale de formation.
- Ma profession = je suis accueillante dans un planning familial.
- Ma fonction = je m'occupe d'accueillir les personnes qui se présentent, je les écoute et les oriente.
- Ma mission = je m'assure d'offrir un accueil adéquat et chaleureux à toutes personnes qui arrivent et ce dans le respect de la charte édictée par le centre.
- Mes tâches sont :
 - Répondre au téléphone ;
 - Accueillir les personnes ;
 - Ecouter leur demande...