

Les métiers de demain de la première ligne de soins

*Étude réalisée par la
Fédération des maisons médicales
en 2011 à la demande du*

*Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de
la chaîne alimentaire et Environnement
Federale Overheidsdienst - Volksgezondheid,
Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu*

PAUL DE MUNCK
FLORENCE PALIGOT
VANESSA BARBOSA
ISABELLE HEYMANS
ELYSÉE SOMASSE
FABIENNE SAINT AMAND
BRITT CAREMANS
INGRID DRUYTS
JEAN MACQ

Experts ayant contribué à cette étude	4
Liste d'abréviations	5

Résumé

Contexte et justification	6
Objectifs.....	6
Méthodologie	6
Résultats	7
<i>Inventaire et description de fonctions au niveau de la 1^{ère} ligne en Belgique.....</i>	7
<i>Revue ciblée de la littérature internationale.....</i>	7
<i>Perception d'acteurs de la première ligne (médecins, infirmiers et patients).....</i>	8
Conclusions et Recommandations.....	9

Rapport synthétique

Introduction	11
Méthodologie	12
<i>Une étude en trois grands volets.....</i>	12
<i>Huit enjeux d'avenir</i>	13
<i>Volet 1 : Inventaire et description de fonctions au niveau de la première ligne en Belgique</i>	13
<i>Volet 2 : Revue ciblée de la littérature internationale</i>	14
<i>Volet 3 : Perception d'acteurs de la première ligne</i>	15
Résultats et interprétation	16
<i>Inventaire et description de fonctions au niveau de la première ligne en Belgique</i>	16
<i>Revue ciblée de la littérature internationale.....</i>	19
<i>Perception d'acteurs de la première ligne</i>	23
Conclusions et questions émergeant des résultats	29
<i>Des fonctions généralistes pour une approche globale</i>	29
<i>Des fonctions de coordination</i>	30
<i>La formation et la reconnaissance des infirmiers</i>	31
<i>Des équipes pluridisciplinaires de prise en charge globale</i>	31
<i>Contextualiser l'approche.....</i>	33

Recommandations	34
<i>Un renforcement des formations généralistes</i>	<i>34</i>
<i>Une formation et reconnaissance des infirmiers</i>	<i>34</i>
<i>Des fonctions de coordination</i>	<i>34</i>
<i>Des pratiques de groupe pluridisciplinaires</i>	<i>35</i>
<i>Contextualiser l'approche, tenir compte des acteurs</i>	<i>35</i>
Propositions de recherches complémentaires	36

Annexe I

Description des fonctions dans les soins de santé primaires en Belgique

Annexe II

New professions at the first line level of health care : international experiences as “food for thought” ?

Annexe III

Perception d'acteurs de la première ligne - Entretiens collectifs : analyse et perspectives

Experts ayant contribué à cette étude

- **Paul De Munck**, médecin de santé publique, chargé de mission à la Fédération des maisons médicales
- **Florence Paligot**, éducatrice spécialisée, responsable de la cellule d'aide au développement et d'appui à la gestion des maisons médicales, Fédération des maisons médicales
- **Kristel Vanessa Barbosa**, infirmière, chercheuse au service d'études de la Fédération des maisons médicales et à l'Institut de Recherche Santé et Société, UCL
- **Isabelle Heymans**, médecin de santé publique, secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales
- **Elysée Somassè**, médecin de santé publique, coordinateur du service d'études de la Fédération des maisons médicales
- **Fabienne Saint-Amand**, licenciée en sciences hospitalières option éducation pour la santé, chargée de mission à la Fédération des maisons médicales
- **Britt Caremans**, bachelor in internationale Communicatie, zorgtrajectpromotor regio Antwerpen Noord, Huisartsenkring Antwerpen Noord
- **Ingrid Druyts**, Psychosociaal Zorgbegeleider op School, zelfstandig Counselor
- **Jean Macq**, médecin en santé publique, professeur à l'Institut de Recherche Santé et Société, UCL

Liste d'abréviations

ACCOORD	<i>Association des Centres de COORDination de soins et de services à Domicile</i>
AFSCA	<i>Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire</i>
AIEP	<i>Association des Infirmier(e)s spécialisé(e)s en Education du Patient</i>
AP	<i>Assistant de pratique (en médecine générale)</i>
AS	<i>Assistant(e) Social(e)</i>
ASD	<i>Aide et Soins à Domicile</i>
ASI	<i>Associations de Santé Intégrée</i>
BW	<i>Brabant Wallon</i>
BWR	<i>Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad</i>
CLB	<i>Centrum voor LeerlingenBegeleiding</i>
CLPS	<i>Centre(s) Local(ux) de Promotion de la Santé</i>
CPAS	<i>Centre Public d'Aide Sociale</i>
CTAI	<i>Commission Technique de l'Art Infirmier</i>
CUMG	<i>Centre Universitaire de Médecine Générale (devenu Centre Académique de Médecine Générale à l'UCL)</i>
DMG	<i>Dossier Médical Global</i>
DMG+	<i>Dossier Médical Global + volet prévention</i>
EC	<i>Entretiens Collectifs</i>
ECG	<i>Electrocardiogramme</i>
ECOSSAD	<i>Espace de Concertation pour la COordination des Soins et Services A Domicile (service intégré des soins à domicile du Brabant Wallon)</i>
FASS	<i>Fédération des Associations du Social et de la Santé</i>
FMM	<i>Fédération des maisons médicales</i>
GLEM	<i>Groupe Local d'Evaluation Médicale</i>
GMD	<i>Gloabal Medische Dossier</i>
HA	<i>Huisarts</i>
HBA1c	<i>Hémoglobine glyquée</i>
IF-IC	<i>Institut de Classification des fonctions</i>
IMP	<i>Institut Médico-Pédagogique</i>
INAMI	<i>Institut National d'Assurance Maladie Invalidité</i>
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
KCE	<i>Kenniscentrum-Centre d'Expertise (Centre Fédéral d'expertise des soins de santé)</i>
LMN	<i>Lokaal Multidisciplinair Network</i>
LOGO	<i>LOkaleGezondheidsOverleg</i>
LUSS	<i>Ligue des Usagers des Services de Santé</i>
MG	<i>Médecin Généraliste (ou Médecine Générale)</i>
MM	<i>maison médicale</i>
MR	<i>Maison de Repos</i>
MRS	<i>Maison de Repos et de Soins</i>
OCMW	<i>Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn</i>
ONE	<i>Office de la Naissance et de l'Enfance</i>
PCT	<i>Primary Care Trust</i>
RIZIV	<i>Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering</i>
RML (ou RLM)	<i>Réseaux Multidisciplinaires Locaux (Réseaux Locaux Multidisciplinaires)</i>
RW	<i>Région Wallonne</i>
SEL	<i>Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg</i>
SIS	<i>Système d'Information Sociale (carte SIS)</i>
SISD	<i>Services Intégrés de Soins à Domicile</i>
SIT	<i>Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging</i>
SPF-Santé Publique	<i>Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire Environnement</i>
SSMG	<i>Société Scientifique de Médecine Générale</i>
SYLOS	<i>SYstèmes Locaux de Santé</i>
TA	<i>Tension Artérielle</i>
UCL	<i>Université Catholique de Louvain</i>
UK	<i>United Kingdom</i>
VDAB	<i>Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding</i>
VUB	<i>Vrije Universiteit Brussel</i>
WGC	<i>Wijkgezondheidscentrum</i>
WGK	<i>Wit Gele Kruis</i>
ZOC	<i>ZorgOverlegCoördinator</i>

Contexte et justification

L'organisation des soins de santé s'oriente de plus en plus vers un développement des soins de première ligne et la prise en charge en ambulatoire. Les besoins en soins et en prévention sont croissants, et de nouveaux besoins apparaissent, notamment suite au vieillissement de la population (1) et à la multiplication des pathologies chroniques (2). Les limites dans les financements disponibles pour les soins de santé, mais aussi la volonté de désinstitutionnaliser une série de problèmes de santé, notamment de santé mentale (3), motivent un transfert de la prise en charge de cas « complexes » du secteur institutionnel vers le secteur ambulatoire des soins (ce qu'on appelle parfois un « virage ambulatoire » (5)). En outre, les travaux récents sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales (4) ont redonné une nouvelle légitimité aux soins de santé primaires et à l'intégration entre santé individuelle et approche communautaire, entre « biomédecine » et promotion de la santé (8). Finalement, la culture de travail des professionnels évolue. Le nombre de pratiques de groupe de première ligne croît, les horaires de travail changent. Des fonctions d'appui et de soutien aux professionnels du soin apparaissent ou sont demandées (6), d'autant plus dans un contexte de pénurie de médecins généralistes et infirmiers (7).

Pour s'adapter au contexte changeant, la première ligne de soins devra s'organiser différemment dans l'avenir. On observe actuellement deux tendances d'évolution. D'une part, de nouveaux programmes de soins sont centrés sur des problèmes de santé spécifiques (par exemple la mise en place de trajets de soins pour l'insuffisance rénale ou le diabète). D'autre part, d'autres stratégies cherchent à favoriser une approche intégrée et globale des soins pour la population générale (les SISD et les SEL, les maisons médicales,...). Ces deux types d'options peuvent favoriser une approche plus globale de la santé d'une population ou une approche plus segmentée centrée vers certains problèmes de santé ou certains groupes à risque.

De nouveaux métiers (ou nouvelles fonctions) devront se créer, et les métiers existants sont amenés à évoluer, pour s'adapter au contexte changeant. Cela concerne autant les métiers de soins et de service à la population, que les métiers d'appui (gestion administration,...) aux professionnels du soin, ou les métiers orientés vers la promotion de la santé. Ces évolutions méritent d'être analysées en vue d'une planification future des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Objectifs

La présente étude a pour objet (i) de décrire les possibles métiers d'avenir de la première ligne du système de santé belge en réponse au contexte changeant (et particulièrement les besoins) et (ii) de présenter de manière analytique les choix qui seront à faire en termes de profils professionnels.

Méthodologie

Cette étude se base sur trois volets : (i) un inventaire des métiers existants ou en développement en première ligne en Belgique, pour certaines d'entre elles, une description détaillée des activités ; (ii) une revue ciblée de la littérature internationale centrée sur des métiers et fonctions au niveau de la première ligne de soins, qui sont utiles pour illustrer des enjeux importants pour la Belgique ; (iii) des entretiens collectifs avec différents acteurs (médecins, infirmiers, patients) concernés par les nouveaux métiers dans le contexte belge de demain. Une analyse transversale des résultats de ces trois volets a permis l'émergence de conclusions et recommandations.

Résultats

Inventaire et description de fonctions au niveau de la 1^{ère} ligne en Belgique

A partir de 3 sources d'informations (le cadastre de la FASS, l'INAMI et l'IFIC), 120 fonctions à l'œuvre en première ligne ont été recensées. Vingt huit fonctions supplémentaires ont été ajoutées suite à la consultation de fédérations francophones et néerlandophones du secteur social et de la santé. Au bout de cet inventaire 148 fonctions à l'œuvre en 1^{ère} ligne ont été identifiées.

Parmi elles, 22 fonctions¹ ont été décrites dans le détail de leurs activités, parce qu'elles nous semblaient particulièrement pertinentes par rapport à 8 enjeux d'avenir pour la Belgique, tels que cités dans l'introduction. Ces 22 fonctions ne sont pas toutes nouvelles mais amènent des questionnements qui pourraient être utiles à la réflexion sur les nouveaux métiers. Ces fonctions ont été classées en 5 groupes qui touchent à des questionnements spécifiques :

- (i) les fonctions qui ont pour objectifs de prodiguer des soins globaux à une population générale ;
- (ii) les fonctions qui sont plus « spécialisées » dans un domaine en rapport avec la santé (motricité, santé psychologique ou mentale, maladies chroniques, problèmes de santé spécifiques, nutrition, etc.) ;
- (iii) les fonctions qui font du travail de soutien global, ou du travail délégué, en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux à une population générale ;
- (iv) les fonctions managériales ou « d'animation » d'équipe, dont un des objectifs est la coordination ;
- (v) les fonctions plus centrées sur la promotion de la santé.

Revue ciblée de la littérature internationale

61 articles et rapports ont été inclus, permettant 37 illustrations de fonctions en provenance de 10 pays (Australie, Canada, France, Finlande, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle Zélande, Espagne, Suède, Royaume-Uni). Sur base de cette revue de la littérature, de nouveaux éclairages ont été apportés quant aux 5 groupes de fonctions cités plus haut.

Pour les fonctions dont l'objectif est d'offrir une approche globale des soins, 4 approches de développement ont été décrites. La première option est de donner un rôle plus important aux pharmaciens dans le contact en première ligne avec la population. Dans les trois autres options, des infirmiers avec une formation avancée sont responsables de certaines activités souvent dévolues au médecin généraliste (dans une optique de subsidiarité), soit dans une approche centrée sur certaines maladies (« disease management »), soit dans une approche de soins de santé primaire, soit dans une fonction de proximité vis-à-vis de populations avec des besoins importants. Dans les quatre options présentées, l'interaction avec d'autres fonctions (« le skill-mix ») est une caractéristique importante à souligner : soit la fonction est remplie par des professionnels travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, soit dans une position plus isolée au sein de la communauté.

Pour illustrer la création ou le renforcement de fonctions spécialisées au niveau de la première ligne de soins, différentes modalités de « spécialisation » apparaissent au niveau de la première ligne : la spécialisation par rapport à un domaine de la santé (par exemple santé

1 Accueil et secrétariat, agent de promotion de la santé, aide familial, aide-soignant, assistant social, assistant de pratique en MG, coordinateur de soins à domicile, dentiste, diététicien, directeur administratif, directeur thérapeutique, ergothérapeute, gestionnaire de projets, infirmier généraliste, infirmier psychiatrique, kinésithérapeute, médecin généraliste, pharmacien, psychologue, optométriste, psychomotricien, sage-femme.

sexuelle et affective) ; par rapport à un type de thérapie (la thérapie par les arts) ; par rapport à certains type de patients (les « gestionnaires de cas », ou « cases managers ») ; ou pour mieux répondre aux besoins de certaines populations ayant des caractéristiques sociales ou culturelles particulières.

Quatre types de fonctions ont été identifiées illustrant différentes modalités permettant d'assurer une fonction managériale ou d'animation d'équipe au niveau de la première ligne : (i) des fonctions de coordination centrées sur les patients (l'infirmier de liaison au premier échelon), (ii) une fonction de management centrée sur la gestion de la connaissance et l'animation d'équipe de professionnels, (iii) une fonction de management se focalisant sur l'inclusion de populations défavorisées, et (iv) une fonction « administrative » classique. Nous avons enfin décrit une fonction de promotion de la santé qui conjugue une approche individuelle et une approche populationnelle.

Les fonctions de soutien reprennent les assistants de pratique et les réceptionnistes.

Perception d'acteurs de la première ligne (médecins, infirmiers et patients)

Les entretiens collectifs par groupe professionnel ou d'usagers, en communauté française et flamande, ont concerné les fonctions d'assistant de pratique, de coordination et de promotion de la santé.

La discussion autour de l'« assistant de pratique » (AP), fait ressortir les enjeux par rapport à la délégation des activités :

Les médecins reconnaissent l'utilité d'être soulagés pour une série d'activités. Par contre, il n'y a pas unanimité sur les activités à déléguer. Les infirmiers sont demandeurs de pouvoir élargir leur champ de compétences diagnostiques et thérapeutiques mais moins preneurs pour n'être que des aides administratifs des médecins. Les patients aussi trouvent que le médecin généraliste devrait abandonner certaines activités, mais pas au prix de la relation privilégiée et de l'approche globale.

La discussion de la fonction « coordinateur de soins » permet d'aborder les fonctions d'appui et de management mais aussi la mise en place progressive de réseaux, systèmes,... locaux.

La fonction de coordinateur de soins est jugée pertinente et indispensable. Des personnes assurent déjà cette fonction via différents organismes ou réseaux. Mais elle ne répond pas encore de manière suffisante aux besoins des professionnels et des patients : pouvoir faire appel à des services polyvalents, pour tout patient et problème confondus, et mieux répondre aux urgences. Les trajets de soins sont perçus comme un risque de sectoriser la coordination des soins à domicile par catégories. L'accent est mis sur la nécessité d'améliorer aussi le dialogue, la coordination entre hôpitaux et 1ère ligne. Suggestion est faite d'organiser des districts de soins par délimitation géographique (ex la commune) (les SISD et les RML entrent dans cette logique). Des infirmiers et des AS pourraient remplir cette fonction de coordination. Ce n'est pas le MG qui doit la jouer. Parfois les associations de patients y contribuent.

La fonction « agent de promotion de santé » est l'occasion de discuter de l'interaction entre une approche individuelle et une approche collective populationnelle de la santé.

Les MG font de la promotion de la santé à titre individuel avec chaque patient, ils estiment ne pas avoir le temps d'en faire à titre collectif, bien qu'ils soient en première ligne pour identifier les problèmes de santé communautaire. Pour les infirmiers, la promotion de la santé doit être intégrée dans chaque pratique et doit concerner chaque discipline. Pour les patients, la promotion de la santé touche à beaucoup de domaines qui ne sont pas du ressort des services de santé. Tous s'accordent sur le fait que la promotion de la santé nécessite d'un

« agent » chargé d'initier des actions et de les coordonner. Des infirmiers ou d'autres professions ont accès à des formations adaptées. Pour les patients, cela ne doit pas nécessairement être un infirmier. Il devrait être choisi par ses pairs (la population). Pourquoi pas un bénévole ? Un agent communal ?

Pour les trois fonctions, des perceptions différentes s'expriment selon que les soignants exercent, ou que les patients consultent, en pratique solo ou en groupe multidisciplinaire. Ils perçoivent également des différences en fonction du mode de financement forfaitaire ou non.

Conclusions et Recommandations

Les nouvelles fonctions devraient renforcer des fonctions généralistes qui permettent une approche globale, une compréhension des réalités des patients.

Le développement de spécialisations au sein des soins de santé primaires porte en lui le risque du « découpage » des personnes et de leur globalité, et de leur polymorbidité, en morbidités, lieux, temps et responsables de prise en charge différents, au détriment de la globalité et de l'autonomie des patients. Dans le même sens, la prise en charge d'un épisode de soins (qu'il soit plus ou moins long) ne gagnera pas à être trop découpé en activités diverses réalisées par des acteurs différents, au risque de la rupture du dialogue de la relation de confiance, du temps nécessaire à la prise en charge globale.

- (i) En soins de santé primaires, chaque métier devrait garder une certaine vision et compétence globale dans l'approche du patient.
- (ii) Plutôt que de découper en actes la prise en charge d'une personne, confiés à différents acteurs de première ligne, il s'agit de définir des champs de fonctions en relation avec des types de personnes à prendre en charge par des professionnels à des moments différents.
- (iii) Certains professionnels pourraient développer des compétences plus spécifiques dans certains domaines, pour venir en appui de leurs collègues "généralistes" de l'ambulatorio.
- (iv) L'assistant de pratique (tel que décrit aux Pays-Bas) semble une piste à ne pas développer à ce stade ci, même si l'appui aux activités administratives du MG, ou la fonction d'accueil, sont à soutenir.

La formation complémentaire et la reconnaissance des infirmiers : repenser un profil généraliste de la première ligne ?

On assiste en Belgique à la création de formations débouchant sur des profils de plus en plus spécialisés. A l'étranger, des profils généralistes infirmiers sont bien reconnus dans le système. Les infirmier(e)s sont demandeurs de prestes plus d'actes classiquement réservés aux médecins, mais ne sont pas prêts à jouer le rôle d'assistants pour faire ce que les MG ne veulent plus faire ! Ils aspirent à ce que l'art infirmier devienne une compétence de type universitaire (4 ans) avec un tronc commun de « praticien infirmier de soins généraux » et des spécialisations ou orientations plus spécifiques selon les services auxquels ils se destinent.

- (v) La fonction d'infirmier comme acteur de prise en charge globale est à renforcer. Un vaste chantier est à développer pour une redéfinition des activités que ces professionnels pourraient prendre en charge, ainsi que des compétences requises pour que ce soit possible. De préférence en concertation avec les acteurs concernés et leurs collègues.

Les fonctions de coordination : pour les soins de 1^{ère} ligne, les interactions entre 1^{ère} ligne et hôpitaux, et pour les actions en promotion de la santé.

- (vi) Des coordinateurs locaux, territoriaux de la promotion de la santé, permettraient d'articuler les différents acteurs, y compris ceux du système de soins. La fonction et les moyens des CLPS (LOGO) sont peut-être à soutenir dans ce sens.

(vii) Des projets de coordination entre 1ère ligne et 2ème ligne sont à soutenir, de préférence au départ d'acteurs du secteur ambulatoire : les SISD et SEL ont un rôle dans ce domaine, les SYLOS² seraient une piste à développer.

(viii) Une analyse des services de coordination existants permettrait d'identifier les pistes d'amélioration. Par exemple, un numéro d'appel unique national pour l'aide sociale et les soins à domicile pourrait être imaginé, à l'instar du Vlaamse infolijn 1700.

Contextualiser l'approche et tenir compte des perceptions de acteurs de la première ligne, y inclus les patients et des citoyens.

La question des nouveaux métiers doit tenir compte des différentes réalités de terrain et du contexte.

(ix) Plutôt que de créer de nouveaux métiers, il vaudrait mieux revaloriser les métiers existants, redéfinir les profils, adapter les formations de base et spécialisées, redistribuer les activités dévolues aux fonctions existantes, et disposer de moyens de financement plus adéquats (notamment le financement au forfait). L'avis des acteurs de terrain est utile pour cela.

(x) La concertation avec les acteurs de terrain de 1ère et entre 1ère et 2ème ligne doit être renforcée au sujet de questions concrètes de partage des activités, et dans le souci d'aplanir les positionnements corporatistes.

Renforcer la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de prise en charge globale, pouvant assurer l'interface avec des programmes de soins ciblant des problèmes de santé ou groupes cibles spécifiques.

La réflexion sur les nouveaux métiers ne peut se faire indépendamment de la manière dont ces métiers s'articulent les uns avec les autres (le «skill-mix»). Cette réflexion est en lien avec les stratégies de mise en place de 2 modalités organisationnelles du futur pour la première ligne :

Une option prévoit des programmes de soins ciblant des problèmes de santé ou groupes cibles spécifiques (aussi nommée « disease management »). L'interaction entre professionnels se structure autour de maladies ou de groupe cibles. Les professionnels tendent à se spécialiser (notamment les fonctions de coordination et d'infirmiers), et les fonctions généralistes occupent une place marginale, même si officiellement elles sont intégrées dans les différents programmes.

L'autre option, que nous préconisons, est celle de s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires de soins primaires : la première ligne est renforcée, s'articule autour d'une fonction généraliste, et peut notamment faire « interface » entre la population et d'autres programmes ou structures plus spécialisées ou institutionnelles. L'équipe pluridisciplinaire permet notamment de mieux intégrer le lien entre le biomédical et la promotion de la santé, de mieux développer des soins centrés sur la personne³.

(xi) La pratique de groupe pluridisciplinaire de soins de santé primaires est à soutenir, comme lieu où les échanges et le partage des activités sont facilités, ainsi que pour la possibilité d'y soutenir plus facilement la promotion de la santé.

Des recherches complémentaires sont proposées en lien avec ces recommandations.

² Les SYLOS (Systèmes Locaux de Santé) font référence à des projets de recherche-action initiés à Antwerpen (1995), Bruxelles (1996) et Malmédy (1999), visant à améliorer la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes. *Santé Conjuguée*, N°30, octobre 2004

³ Cette option est également soutenue par l'OMS : lire à ce sujet le rapport 2008 « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » : www.who.int/whr/2008/summary/fr/index.html

Rapport synthétique

Introduction

La première ligne du système de soins de santé doit faire face à différents enjeux. D'une part, les travaux récents sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales ont redonné une nouvelle légitimité aux soins de santé primaires et à l'importance d'une meilleure intégration entre santé individuelle et approche communautaire. En effet, l'importance des liens entre risques individuels sur la santé et contexte de vie (social, physique) est aujourd'hui amplement reconnue. D'autre part, les limites dans les financements disponibles pour les soins de santé, mais aussi la recherche d'une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, pour celles souffrant notamment de maladies chroniques ou de problèmes de santé mentale, motivent un transfert de la prise en charge de cas « complexes » du secteur institutionnel vers le secteur ambulatoire des soins, pour des raisons d'efficacité (moindre coût en ambulatoire) (ce qu'on appelle le « virage ambulatoire »).

Face à cela, mais aussi face à l'évolution des profils de personnes pratiquant des métiers classiques de la première ligne (particulièrement, médecins généralistes et infirmiers), on voit émerger des modèles d'organisation avec des accents plus ou moins importants apportés à différents types d'objectifs au sein du système de soins de santé. Par exemple, dans une logique de renforcement des soins de santé primaires, la première ligne se transformera de manière à promouvoir une meilleure autonomie du patient et une plus grande participation des citoyens. Dans une dynamique de « virage ambulatoire », cette même première ligne devra porter une plus grande attention à des maladies prioritaires (cancers, maladies chroniques, problèmes de santé mentale dans une logique de programmes de gestion de maladies ou disease management), ou à des populations vulnérables (personnes âgées dans une logique de programmes de gestion de cas ou case management)⁴. Ces deux logiques de développement de la première ligne de soins peuvent être en contradiction.

Il semble de toute façon acquis en Belgique et ailleurs, que le médecin généraliste, acteur isolé dans son cabinet, ne sera plus le modèle d'organisation de la première ligne dans le futur. Ainsi, à côté des maisons médicales, associations de santé intégrées ou wijkgezondheidscentra, on voit émerger d'autres services, centres, réseaux, qui rassemblent des professionnels et contribuent à la prise en charge ambulatoire. Dans cette logique on observe le développement de plusieurs disciplines, de nouvelles fonctions. Les profils de poste habituellement connus s'adaptent souvent aux réalités de terrain locales. Des métiers nouveaux émergent, des métiers anciens voient leur champ d'action évoluer en fonction de besoins perçus sur le terrain ou des interactions avec d'autres professions. Des formations nouvelles aussi se créent.

Face à cette évolution, il devient important de développer une vision claire par rapport à trois questions clés qui devraient être explorées de manière conjointe, qui vont influencer l'action de la première ligne de soins et qui sont liées aux métiers de la première ligne du futur :

- Quels types de fonctions faut-il promouvoir pour la première ligne ?
- Quelles formations qualifiantes ou non, faut-il promouvoir ? avec ou sans diplôme spécifique ?
- Comment les différentes fonctions de la première ligne doivent-elles interagir entre elles ? selon quelles modalités organisationnelles ?

⁴ Un programme de gestion de cas consiste en un ensemble de moyens coordonnés afin d'assurer la prise en charge adéquate de cas complexes (personnes avec des besoins multiples)

La présente étude, en développant une réflexion sur les métiers mais surtout les fonctions⁵ exercées dans le cadre des soins primaires en Belgique, devrait contribuer au développement de cette vision.

Elle a pour objectifs de :

1. Décrire les possibles métiers d'avenir de la première ligne du système de santé belge en réponse au contexte changeant (et particulièrement les besoins) ;
2. Présenter de manière analytique les choix qui seront à faire en termes de profils professionnels

Nous présentons dans un premier temps de manière synthétique, la méthodologie suivie, les résultats et leur interprétation, ainsi que les conclusions et recommandations.

La suite du rapport reprend en détail ces différents aspects pour les trois parties de l'étude.

Méthodologie

Une étude en trois grands volets

D'une part, un inventaire des fonctions existantes au niveau de la première ligne de soins a été réalisé, avec pour certaines d'entre elles, une description détaillée des activités. L'idée sous-jacente est que les métiers de la première ligne ont tendance à évoluer de manière spontanée en fonction des besoins perçus par les professionnels pour leur population cible et/ou pour eux-mêmes. Il est donc important de partir de ce qui existe et se développe.

D'autre part une revue ciblée de la littérature internationale s'est centrée sur des métiers et fonctions au niveau de la première ligne de soins, qui sont utiles pour illustrer des enjeux importants pour la Belgique. Il est en effet utile d'observer ce qui se développe dans d'autres contextes, parce que cela peut préfigurer parfois ce qui pourrait (ou devrait) se développer en Belgique en fonction d'enjeux d'avenir.

Enfin, sur base de ces deux premiers volets, trois fonctions, jugées comme étant illustratives d'enjeux importants, ont été sélectionnées. Elles ont été soumises lors d'entretiens collectifs (EC) à des professionnels de la première ligne et à des bénéficiaires (les patients), pour entendre leur perception quant à la pertinence de nouvelles fonctions et/ou métiers de la première ligne.

Ces trois volets successifs ont eu pour objectif de faire se rencontrer une connaissance par les professionnels de terrain eux-mêmes, de leurs propres besoins et des besoins et demandes de la population, et des pistes développées pour y répondre (spontanément ou avec le soutien des pouvoirs publics) (volets 1 et 3), et une analyse dans la littérature de pistes de solutions développées à partir d'enjeux de santé prédéfinis.

L'ensemble de la recherche a été présenté lors d'une réunion du comité de pilotage au SPF-Santé publique le 16 septembre 2011 durant laquelle des échanges très riches ont permis de

5 Nous avons surtout utilisé le terme « fonction », plutôt que « métier » dans ce travail. Par fonction, nous entendons ici, un ensemble d'activités accomplies par une personne au niveau de la première ligne de soins de santé. Nous avons convenu de nommer « métier » toute profession reconnue et sanctionnée par un diplôme au terme d'un certain nombre d'années de formation académique, universitaire ou non. A la différence, dans l'exercice de leur métier de base (assistant social, infirmier, médecin, secrétaire, kinésithérapeute, etc.) les professionnels agissant dans le secteur de la santé au sens large, peuvent occuper une ou plusieurs fonctions pas nécessairement directement liées à la définition de leur métier de base. Ainsi un médecin, un(e) infirmier(e), un(e) assistant(e) social(e), un(e) secrétaire(e) peut exercer des fonctions managériales, de coordination de soins ou d'animation communautaire. Et une accueillante peut, par exemple, être amenée à mener des actions de promotion de la santé.

clarifier un certain nombre de points et d'apporter des suggestions dont il a été tenu compte dans le présent rapport.

Huit enjeux d'avenir

Huit enjeux d'avenir qui nous semblaient pertinents pour la Belgique ont été considérés pour la recherche : (1) le vieillissement de la population, (2) l'augmentation des pathologies chroniques, (3) La santé mentale en ambulatoire, (4) les inégalités sociales, (5) le virage ambulatoire, (6) les fonctions qui viennent en appui aux autres fonctions, (7) la « pénurie » des MG et Infirmiers et (8) l'articulation/intégration entre biomédecine et promotion de la santé (dont la santé environnementale).

Comme présenté dans la figure ci-dessous, certains enjeux sont la conséquence d'autres. Ainsi, la décision de transfert de la prise en charge de certains cas complexes du niveau institutionnel vers le domicile est notamment la conséquence de l'augmentation de ces cas (suite au vieillissement et à l'augmentation de la prévalence de pathologies chroniques) et de la volonté de dés-institutionnaliser la prise en charge de problèmes de santé mentale. Par ailleurs, la priorité donnée à une meilleure articulation entre « biomédecine » et promotion de la santé est la conséquence de l'attention plus grande donnée aux inégalités en santé. Finalement, les nouvelles fonctions qui viennent en appui aux autres fonctions sont notamment la conséquence de la pénurie ressentie en médecins généralistes et infirmières.

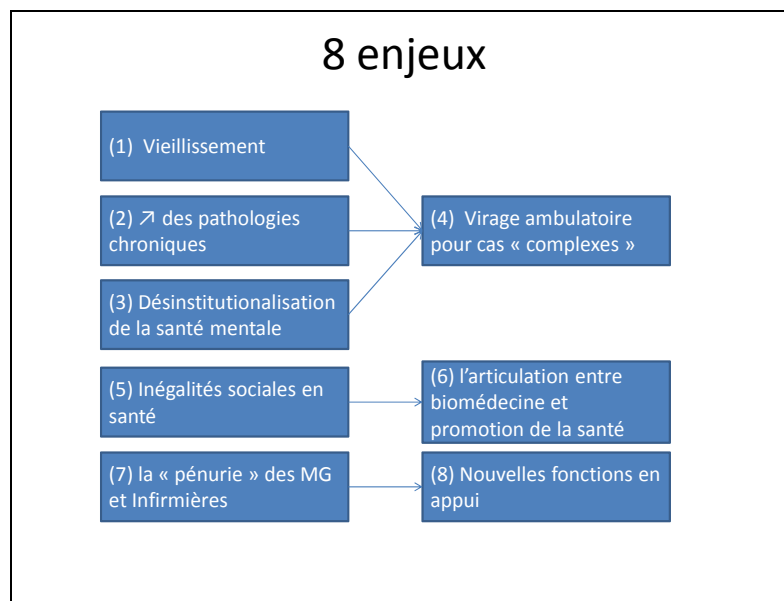


Figure : huit enjeux d'avenir de la première ligne de soins

Volet 1 : Inventaire et description de fonctions au niveau de la première ligne en Belgique⁶

Le premier volet de l'étude a été réalisé en trois étapes.

Dans un premier temps, un inventaire des fonctions de la première ligne de soins a été réalisé à partir de sources disponibles et accessibles :

- Le cadastre de la FASS (Fédération des Associations du Social et de la Santé) : recensement de toutes les informations concernant l'emploi au sens large dans les secteurs du social et de la santé, membres de cette fédération.

⁶ Ce volet et ses résultats sont décrits en détail dans l'annexe I de ce rapport.

- L'INAMI (informations disponibles sur le site web)
- La liste de fonctions de l'IF-IC⁷

Dans un deuxième temps, nous avons envoyé la liste de toutes ces fonctions aux Fédérations membres de la FASS, aux maisons médicales, aux secteurs repris dans le décret ambulatoire Bruxellois⁸ et leurs homologues wallons et flamands, ainsi qu'à des coordinateurs de Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) et de Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML). Nous leur avons demandé de compléter le cas échéant cette liste. La liste des organisations questionnées se trouvent en annexe I.

Dans un troisième temps, nous avons sélectionné 22 fonctions pour les décrire plus en détail. Cette sélection s'est faite en fonction des 8 enjeux décrits plus haut. Pour compléter la description de certaines fonctions, nous avons interrogé divers professionnels par téléphone, à partir d'un canevas. Nous avons intégré certains éléments issus de ces enquêtes téléphoniques aux descriptions qui étaient déjà en notre possession (fiches IF-IC et autres sources). Des nouvelles fonctions ont également été décrites. Les fiches descriptives de ces 22 fonctions figurent en annexe I.

Volet 2 : Revue ciblée de la littérature internationale⁹

Le deuxième volet de l'étude a utilisé une revue ciblée de la littérature pour tirer des leçons d'expériences internationales.

Avant de commencer la revue de la littérature, une réunion entre les chercheurs impliqués dans cette étude et les personnes de contact du SPF santé publique a été organisée. Cette réunion a permis de cibler le travail en fonction des changements importants et d'enjeux futurs pour l'organisation des soins ambulatoires en Belgique mais aussi dans d'autres pays similaires (voir les 8 enjeux cités plus haut).

La recherche de littérature a inclu les articles publiés dans les revues avec comités de lecture et les rapports disponibles sur internet et publiés entre janvier 2000 et avril 2011, en anglais, espagnol ou français. Nous avons utilisé MEDLINE, PubMed et CINAHL ainsi que Google scholars.

Plutôt que de faire une recherche systématique, nous avons utilisé deux stratégies concomitantes. D'une part, nous sommes partis de rapports récents, faisant un état des lieux de la situation¹⁰. A partir de ceux-ci, nous avons identifié d'autres publications (technique bibliographique en boule de neige). Nous avons complété cette liste en faisant une recherche par mots-clés dans MEDLINE, PubMed et CINAHL¹¹.

Les articles identifiés ont été sélectionnés en trois temps : (1) sélection sur base des titres ; (2) sur base des résumés et (3) sur base du texte complet.

Nous avons sélectionné les études décrivant, mesurant l'impact ou expliquant les métiers / fonctions ou activités développées en réponse aux enjeux pour l'organisation de soins de santé en Europe, Amérique du Nord ou Australie et Nouvelle Zélande. Nous avons donc exclu les études centrées sur : (a) le contexte des pays à revenus moyen ou faibles ; (b) les opinions personnelles et (c) les fonctions non en relation avec l'offre de soins ambulatoires.

⁷ L'IF-IC est l'Institut de Classification des fonctions, ASBL créée en 2003 suite aux accords du non-marchand, et qui a pour mission de redéfinir toutes les fonctions du secteur de la santé. La première étape a été de décrire tous les métiers qui existaient déjà sur le terrain. Nous avons pu bénéficier de ce travail pour notre étude. Ce travail a été réalisé pour toute la Belgique, pour les emplois salariés dans les secteurs de la commission paritaire 330.

⁸ Excepté les télé-accueils et l'aide aux justiciables

⁹ Ce volet et ses résultats sont décrits en détail dans l'annexe II de ce rapport.

¹⁰ Voir la liste de ces rapports dans l'annexe II de ce rapport.

¹¹ Voir les détails de la stratégie dans l'annexe II de ce rapport.

Les articles sélectionnés ont été analysés en utilisant une grille de lecture prédéfinie. L'objectif final était d'identifier les caractéristiques principales de métiers ou fonctions émergentes ou existantes, et pouvant être mises en relation avec des changements au niveau de l'organisation de soins ambulatoires.

Volet 3 : Perception d'acteurs de la première ligne¹²

Le troisième volet a pris comme point de départ les résultats des deux premiers volets. A partir des nouvelles fonctions identifiées et des missions qu'elles remplissent, nous avons **recueilli, lors d'entretiens collectifs, l'avis d'acteurs de terrain sur la pertinence de ces nouvelles fonctions ainsi que la manière de les remplir.**

Les nouvelles fonctions explorées ont été :

- Les assistants de pratique et les conséquences sur la nouvelle répartition des activités entre infirmiers et médecins ;
- Les coordinateurs de soins ;
- Les agents de promotion santé (prévention / promotion de la santé au niveau individuel et au niveau communautaire).

L'objectif des entretiens collectifs était de recueillir l'avis d'acteurs prestataires de soins de terrain, et de bénéficiaires (les patients), sur la pertinence de ces nouvelles fonctions qu'on voit émerger dans le paysage de l'offre des soins, sur leurs nouvelles missions et sur la meilleure manière de les couvrir.

Il a ainsi été décidé lors du comité de pilotage du 12 mai 2011 d'organiser **6 entretiens collectifs.**

L'ambition n'était pas de recueillir des avis représentatifs de l'ensemble de ces catégories d'acteurs.

Les 6 entretiens collectifs ont été organisés avec **trois catégories d'acteurs** (médecins, infirmiers¹³ et patients) du côté francophone et trois du côté néerlandophone.

Dans chacun des groupes, 8 participants ont été identifiés de manière à avoir une diversité en terme de hommes - femmes ; jeunes - moins jeunes ; venant du milieu rural - milieu urbain ; maison médicale (Wijkgezondheidscentrum) - non maison médicale (niet-Wijkgezondheidscentrum).

Chaque entretien a duré 2 heures et était facilité par 1 animateur et 1 secrétaire. Les perceptions des acteurs ont été enregistrées. Chaque participant a reçu une compensation financière.

Les questions suivantes ont été posées pour chaque fonction :

- En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ?
- Qui devrait selon vous remplir cette fonction ?

Les perceptions de chacun des acteurs interrogés ont été retranscrites sur base des notes prises par le secrétaire pour chaque groupe. L'analyse et la synthèse ont été réalisées par un des

¹² Ce volet et ses résultats sont décrits en détail dans l'annexe III de ce rapport

¹³ Nous utiliserons par convention et pour plus de facilités le terme « infirmier », au masculin, dans la suite de ce document pour les professionnels des soins infirmiers, quel que soit le sexe, même si la profession est très majoritairement exercée par des femmes et que, le plus souvent, le genre féminin est utilisé par les patients et les soignants, tout comme d'ailleurs pour « assistante sociale », « accueillante » et « secrétaire ».

chercheurs, relues ensuite par les autres membres de l'équipe de ce projet. Les compte-rendus exhaustifs des EC figurent en Annexe III.

Résultats et interprétation

A. Inventaire et description de fonctions au niveau de la première ligne en Belgique

Avec les trois sources d'informations mentionnées ci-dessus (le cadastre FASS, l'INAMI et l'IFIC), nous avons identifié 120 fonctions, à l'œuvre en première ligne et recensées. Vingt huit fonctions supplémentaires ont été ajoutées suite à la consultation des fédérations francophones et néerlandophones. Au bout de cette étape de récolte nous avons donc obtenu 148 fonctions travaillant en 1ère ligne. Cette liste de fonctions complète la liste déjà développée par l'IFIC.

Dans un deuxième temps nous avons sélectionné 28 fonctions qui nous semblaient pertinentes par rapport aux enjeux mentionnés plus haut. Parmi celles-ci, 22 fonctions sont décrites en détail dans l'annexe I. Ces fonctions sont :

Accueil et secrétariat	Ergothérapeute
Agent de promotion de la santé	Gestionnaire de projets
Aide familial	Infirmier généraliste
Aide-soignant	Infirmier psychiatrique
Assistant social	Kinésithérapeute
Assistant de pratique en MG	Médecin généraliste
Coordinateur de soins à domicile	Pharmacien
Dentiste	Psychologue
Dététicien	Optométriste
Directeur administratif	Psychomotricien
Directeur thérapeutique	Sage-femme

Les fonctions infirmières pour lesquelles aucune fiche spécifique n'a été décrite sont les sous-spécialités infirmières en diabétologie, en soins de plaies, en oncologie et en soins palliatifs. En effet, les infirmiers interrogés à ce sujet exercent systématiquement une fonction généraliste d'abord avec cette sous-spécialité en complément. Par contre, l'infirmier en soins palliatifs interviewé par téléphone du côté néerlandophone, est occupé à temps plein pour cette fonction mais délivre peu de soins : il ne se rend à domicile qu'à la demande du patient et de son médecin traitant. C'est une fonction d'appui et de conseils destinés aux patients et aux soignants de première ligne, à l'instar des équipes de soutien des plateformes de soins palliatifs existantes tant au Nord qu'au Sud du pays. La fonction « infirmier en santé communautaire » a été incluse à « agent en santé communautaire » car cette fonction est parfois assurée par d'autres professionnels que des infirmiers.

Ces 22 fonctions ne sont pas toutes nouvelles, loin s'en faut, mais elles amènent toutes des questionnements qui pourraient être utiles à la réflexion sur les nouveaux métiers. Dans cette optique, nous avons choisi de regrouper ces fonctions dans cette partie synthétique en 5 groupes :

- les fonctions qui ont pour objectif de prodiguer des soins globaux à une population générale ;
- les fonctions qui sont plus « spécialisées » dans un domaine en rapport avec la santé (motricité, santé psychologique ou mentale, maladies chroniques, problèmes de santé spécifiques, nutrition, etc.) ;

- les fonctions qui font du travail de soutien global, ou du travail délégué, en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux à une population générale ;
- les fonctions managériales ou « d'animation » d'équipe, dont un des objectifs est la coordination ;
- les fonctions plus centrées sur la promotion de la santé.

Comme représenté dans la figure ci-dessous, ce regroupement est cohérent avec les enjeux mentionnés auparavant. Le « virage ambulatoire » aboutit souvent à un transfert d'une logique hospitalière vers l'ambulatoire, et plus précisément à une spécialisation / segmentation des fonctions. Les nouvelles fonctions en appui aux fonctions existantes se conjuguent en termes de fonctions managériales et « d'animation » d'équipe, ou de fonctions qui font du travail de soutien global, ou du travail délégué. L'attention plus grande donnée à l'articulation entre le « biomédical » et la promotion de la santé aboutit à la création de fonctions plus centrées sur la promotion de la santé ou de fonctions qui ont pour objectif de prodiguer des soins globaux à une population générale.

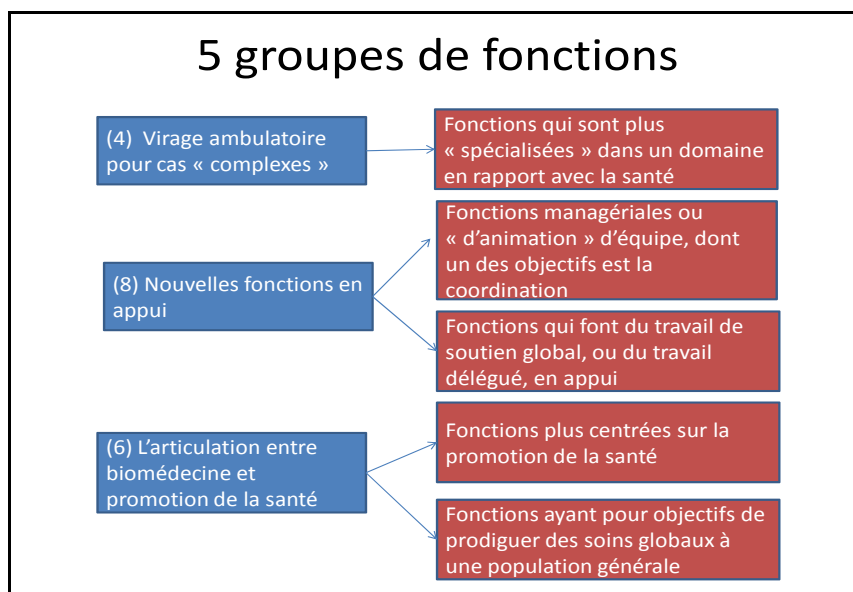


Figure : les cinq groupes de fonctions selon les enjeux d'avenir des métiers de première ligne

Nous reprenons ces 5 groupes de fonctions dans le tableau ci-dessous avec les questionnements qui y sont liés :

Caractéristiques générales de la fonction	Les fonctions	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
Objectifs de prodiguer des soins globaux à une population générale	- Infirmier polyvalent de première ligne - Médecin généraliste - Pharmacien d'officine - Collaborateur social	- Comment continuer à assurer une couverture et une accessibilité pour la population suffisante à ces fonctions ? - Comment éviter le « burnout » des professionnels remplissant ces fonctions ? - Quel niveau de formation nécessaire ? quel type de formation ? - Quelle évolution dans le paquet d'activités et de responsabilités de ces fonctions pour l'avenir ?
« Spécialisées » dans un domaine en rapport avec la santé (motricité, santé psychologique ou mentale, maladies chroniques, problèmes de santé spécifiques, nutrition, etc.)	- Dentiste - Diététicien - Ergothérapeute - Infirmier en diabétologie - Infirmier en oncologie - Infirmier psychiatrique - Infirmier en soins de plaies - Infirmier en soins palliatifs - Sage-femme - Opticien - Kinésithérapeute - Psychologue - Psychomotricien	- Quel niveau de spécialisation/polyvalence rechercher (notamment au travers de formations spécifiques) ? - Quel niveau de « professionnalisation » (autonomie) ? - Quelle conséquence sur l'organisation du travail entre les différentes fonctions ?
Faire du travail de soutien global ou du travail délégué, en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux à une population générale	- Accueillants - Aide familiale - Aide soignant - Assistant de pratique - Aidants proches ¹⁴ (mantelzorg en Flandre)	- Quels types d'activités doivent être délégués/pris en charge par ces fonctions ? - quel niveau de formation nécessaire ? dans quel contexte organisationnel ?
Managériales ou « d'animation » d'équipe, dont un des objectifs est la coordination	- Directeur administratif - Coordinateur de soins à domicile - Gestionnaire de projets - Directeur thérapeutique	- Comment assurer la coordination au niveau de soins et entre institutions / organisations / groupes de professionnels ? - Quelle répartition de responsabilités entre ces professionnels et les autres ?
Plus centrées sur la promotion de la santé	- Agent à la promotion de la santé - Infirmier en santé communautaire	- Comment la promotion de la santé doit être ou ne pas être organisée de manière coordonnée / intégrée avec les activités de soins à la personne ? - Quelle répartition de responsabilités / activités entre ces professionnels et les professionnels du soin ? - Qui joue le rôle de promotion de santé environnementale ¹⁵ ?

¹⁴ Bien qu'il ne s'agisse pas d'une fonction professionnalisée, il nous semble important de la mentionner car leur rôle doit être pris en considération dans la réflexion sur les autres fonctions.

¹⁵ A noter que nous n'avons pas trouvé de fonctions qui couvrent les activités liées à la santé environnementale (à l'exception de quelques médecins généralistes investis en santé au travail).

Par ailleurs, un numéro spécial de la revue Santé conjugée, trimestriel de la Fédération des maisons médicales, a été réalisé sur la question des nouveaux métiers. Dix travailleurs de terrain ont été invités à témoigner de leur quotidien, de ce qu'ils pensaient apporter à la population et comment ils se projetaient dans l'avenir. Les professions interrogées ont été :

- Assistant social ;
- Coordinateur en promotion de la Santé ;
- Diététicien ;
- Ergothérapeute ;
- Gestionnaire d'une équipe ;
- Pharmacien ;
- Psychologue ;
- Sage-femme ;
- La fonction psy en ambulatoire ;
- Les aidants proches ;
- Un article sur l'assistant de pratique a été également rédigé, mais à partir de ce qui se fait aux Pays-Bas et d'un projet pilote sur Bruxelles¹⁶.

Finalement, une réflexion a été initiée lors du Congrès des maisons médicales qui s'est déroulé en mars 2011. Divers ateliers ont eu lieu, l'un d'entre eux était consacré aux métiers. L'objectif de l'atelier « métiers » était d'ouvrir la réflexion chez les participants sur l'avenir des métiers et des professions de 1^{ère} ligne.

B. Revue ciblée de la littérature internationale

61 articles et rapports ont été inclus pour lecture. De ces documents, 37 illustrations de fonctions ont été sélectionnées en provenance de 10 pays (Australie, Canada, France, Finlande, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle Zélande, Espagne, Suède, Royaume-Uni).

Sur base de la revue de la littérature, de nouveaux éclairages ont été apportés aux questionnements mentionnés avant. Nous reprenons dans les cinq tableaux ci-dessous les éléments qui nous paraissent importants à la réflexion sur les nouveaux métiers.

1. Fonctions qui prodiguent des soins globaux à une population

Dans le premier tableau, nous illustrons 4 approches de développement de fonctions, dont l'objectif est d'offrir une approche globale des soins. La première option est de donner un rôle plus important aux pharmaciens dans le contact en première ligne avec la population. Dans les trois autres options, des infirmiers avec une formation avancée sont responsables de certaines activités souvent dévolues au médecin généraliste (dans une optique de subsidiarité), soit dans une approche centrée sur certaines maladies (« disease management »), soit dans une approche de soins de santé primaire, soit dans une fonction de proximité vis-à-vis de populations avec des besoins importants.

Dans les quatre options présentées, l'interaction avec d'autres fonctions (« le skill-mix ») est une caractéristique importante à souligner : soit la fonction est remplie par des professionnels

¹⁶ Initiative prise par le VDAB, BWR, Unité d'enseignement et de recherche des médecins généralistes de la VUB, l'école supérieure Erasmus depuis 2009. Les premiers assistants de pratique sont opérationnels depuis mai 2010. Pour plus d'informations voir www.zorgzoeker.be/Cms.aspx?id=211

travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, soit dans une position plus isolée au sein de la communauté.

Caractéristiques générales de la fonction	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
- Objectifs de prodiguer des soins globaux à une population générale	- Comment continuer à assurer une couverture et une accessibilité pour la population suffisante à ces fonctions ? - Comment éviter le « burn-out » des professionnels remplissant ces fonctions ? - Quel niveau de formation nécessaire ? quel type de formation ? - Quelle évolution dans le paquet d'activités et de responsabilité de ces fonctions pour l'avenir ?
Exemple de fonction et pays	Élément d'intérêt
- Pharmaciens avec une formation supplémentaire pour se substituer aux médecins généralistes pour certaines activités (Australie - Nouvelle Zélande)	- Collaborent au sein d'une équipe avec des médecins généralistes - Offrent des services en rapport avec la prescription de médicaments
- Infirmiers avec une formation supplémentaire pour se substituer aux médecins généralistes pour des activités spécifiques (Australie - Nouvelle Zélande)	- Collaborent au sein d'une équipe avec des médecins généralistes - Développent des soins dans une approche « disease management » (centrée sur une maladie ou un problème de santé plutôt que centrée sur l'offre de soins de santé globale à une population, dans son entièreté)
- Infirmiers praticiens de "soins de santé primaires" (aussi nommé infirmiers praticiens de famille) (Canada - Australie- Nouvelle-Zélande - Finlande)	- Travaillent dans la communauté comme praticiens soignants de première ligne - Peuvent référer à des médecins spécialistes - Peuvent prescrire - Dans certains cas sont responsables d'une population clairement délimitée (N-Z)
Les infirmiers de quartier ont pour but d'améliorer l'accessibilité aux services pour les populations défavorisées, ainsi que promouvoir le développement de services de santé et sociaux au sein de structures de soins primaires. (NZ)	- Travaillent avec une équipe pluridisciplinaire incluant des gestionnaires de cas, des médecins de famille, des puéricultrices, des travailleurs sociaux, et d'autres infirmiers. Les références sont faites aux médecins généralistes, aux structures d'enseignement spécialisées, aux autres infirmiers, services sociaux et services de santé de second échelon.

2. Fonctions plus spécialisées

Les fonctions présentées dans le tableau ci-dessous, illustrent la création ou le renforcement de fonctions spécialisées au niveau de la première ligne de soins. Nous avons choisi différentes modalités de « spécialisation » au niveau de la première ligne : la spécialisation par rapport à un domaine de la santé (par exemple santé sexuelle et affective) ; la spécialisation par rapport à un type de thérapie (la thérapie par les arts) ; la spécialisation par rapport à certains types de patients (les « gestionnaires de cas », ou « cases managers ») ; ou la spécialisation pour mieux répondre aux besoins de certaines populations défavorisées ou ayant des caractéristiques sociales ou culturelles particulières (les fonctions qui aident les personnes à « naviguer » dans le système).

Caractéristiques générales de la fonction	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
« Spécialisées » dans un domaine en rapport avec la santé (motricité, santé psychologique ou mentale, maladies chroniques, problèmes de santé spécifiques, nutrition, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Quel niveau de spécialisation rechercher (notamment au travers de formations spécifiques) ? - Quel niveau de « professionnalisation » (autonomie) ? - Quelle conséquence sur l'organisation du travail entre les différentes fonctions ?
Exemple de fonction et pays	Élément d'intérêt
Infirmiers avec spécialisations qui agissent en tant que conseillers en santé sexuelle et planification familiale au sein de cliniques spécialisées en santé sexuelle ¹⁷ . (Pays-Bas)	- Leur travail se fait sous la supervision d'un médecin dans un service de santé sexuelle.
- Thérapeutes formés dans l'utilisation d'activités artistiques pour permettre aux personnes de mieux s'exprimer. Ils ont une bonne compréhension du processus artistique, des compétences en communication verbale. (UK)	- Ils travaillent au sein d'équipe pluridisciplinaire.
- «Navigateurs» de patients Aborigènes. Ils appuient les clients Aborigènes de cliniques de première ligne. (Canada)	- Les «navigateurs» rencontrent les patients et les familles en face-à-face. Les patients peuvent être référés au navigateur par leur médecin ou un autre prestataire de soins. Les patients peuvent aussi aller directement chez les navigateurs.
- Les gestionnaires de cas avec une formation spécifique en santé mentale au niveau des soins de première ligne (Canada)	Travaillent dans des structures de premier échelon avec des aspects de pratiques collaboratives de soins en santé mentale

3. Fonctions de soutien

Caractéristiques générales de la fonction	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
Faire du travail global de soutien, ou du travail délégué, en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux à une population générale	<ul style="list-style-type: none"> - Quels types d'activités doivent être délégués / pris en charge par ces fonctions ? - quel niveau de formation nécessaire ? - dans quel contexte organisationnel ?
Exemple de fonction et pays	Élément d'intérêt
- Assistants de pratique avec des activités cliniques et administratives travaillant au cabinet d'un médecin (Germany)	- Se pose la question des compétences nécessaires pour accomplir ces activités
- Réceptionnistes dans les pratiques de soins primaires (UK)	- Ils jouent le rôle d'intermédiaires à travers qui quasi tous les contacts avec le médecin de famille se font. Le réceptionniste est un membre important de l'équipe de soins, travaillant avec l'infirmier et le médecin.

¹⁷ Les cliniques de santé sexuelle, même si elles ne sont pas des unités de soins de santé primaire, peuvent être considérées comme des unités de première ligne de soins. Il s'agit alors, de services spécialisés, décentralisés et ambulatoire, ce qui ne retire en rien leur utilité.

4. Fonctions managériales, d'animation d'équipe, de coordination

Dans le tableau ci-dessous, nous reprenons quatre types de fonctions illustrant différentes modalités permettant d'assurer une fonction managériale ou d'animation d'équipe au niveau de la première ligne : des fonctions de coordination plutôt centrées sur les patients (l'infirmier de liaison au premier échelon) ; une fonction de management centrée sur la gestion de la connaissance et l'animation d'équipe de professionnels ; une fonction de management se focalisant sur l'inclusion de populations défavorisées, et une fonction « administrative » classique.

Caractéristiques générales de la fonction	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
Managériales ou « d'animation » d'équipe, dont un des objectifs est la coordination	Comment assurer la coordination au niveau de soins et entre institutions / organisations / groupes de professionnels Quelle répartition de responsabilités entre ces professionnels et les autres ?
Exemple de fonction et pays	Élément d'intérêt
- L'infirmier de liaison au premier échelon de soins : accomplit des activités de liaison entre prestataires de soins au sein de centres communautaires de santé mentale. (Canada)	- L'infirmier de liaison s'occupe notamment de gérer la transition entre des soins organisés uniquement par le médecin de famille, des soins organisés par des centres communautaires de santé mentale et des soins partagés entre les deux.
- Le « manager de développement de soins primaires ». Ce type de travail implique de travailler avec des médecins de famille à développer de nouvelles pratiques pour améliorer l'accès des patient ainsi que leur expérience avec les soins. (UK)	- « Coach », animateur et facilitateur, facilite et partage des bonnes pratiques en plus d'autres activités
- Le « manager » gérant les aspects d'inclusion sociale basé au sein d'organisation de soins primaires (PCT) (UK)	- Doit avoir une connaissance de l'inclusion sociale ainsi qu'une ouverture d'esprit
- Le « manager de pratique » apportant en même temps les compétences nécessaires au fonctionnement journalier de la pratique (structure de soins primaires), ainsi que les aspects stratégiques liés aux interactions avec d'autres pratiques. (UK)	- Combine gestion du personnel d'administration, finances, planification stratégique, et compétences en technologies de l'information.

5. Fonctions centrées sur la promotion de la santé

Nous avons juste repris dans ce dernier tableau une fonction de promotion de la santé qui conjugue une approche individuelle et une approche populationnelle.

Caractéristiques générales de la fonction	Questionnements qui pourraient orienter la réflexion sur les métiers de la première ligne
Plus centrées sur la promotion de la santé	Comment la promotion de la santé doit être ou ne pas être organisée de manière coordonnée / intégrée avec les activités de soins à la personne ? Quelle répartition de responsabilités / activités entre ces professionnels et les professionnels du soin ? Qui joue le rôle de promotion de santé environnementale ?
Exemple de fonction et pays	Élément d'intérêt
- Spécialiste en éducation à la santé / promotion de la santé : Travaille en face à face avec des individus et la communauté, notamment dans le travail plus stratégique, tel le développement de politiques en santé (UK)	- Ce type de profession travaille dans des contextes divers : au sein de la communauté, dans les centres de santé, dans les bureaux municipaux, dans les centres sportifs, etc.

Si l'on compare la liste des professions inventoriées en Belgique, et les métiers identifiés au niveau international, quelques exemples illustrent des différences qui pourraient nourrir notre travail d'analyse. Ainsi, Certains métiers « généralistes », polyvalents, pourraient être investigués plus avant :

- Le « manager de développement de soins primaires », un exemple d'animateur de « système local de soins » (existe partiellement avec les SISD) ;
- Infirmiers praticiens de “soins de santé primaires” ;
- Des pharmaciens dont la fonction est quelque peu étendue.

D'autres métiers documentés à partir de la littérature internationale soulèvent par contre des questions quant à leur pertinence en Belgique. Il s'agit notamment de professions spécifiquement spécialisées dans certains domaines. Nous en reparlerons dans les conclusions.

C. Perception d'acteurs de la première ligne

Comme mentionné dans la méthodologie, des entretiens en groupe ont été conduits pour explorer la perception de trois fonctions illustratives de la délégation d'activités (l'assistant de pratique en MG), de nouvelles fonctions gestionnaires (le coordinateur de soins) et de fonctions en rapport avec la promotion de la santé (l'agent de promotion de la santé).

Les deux questions proposées aux échanges dans les trois groupes étaient :

- En quoi ces trois fonctions vous paraissent-elle pertinentes dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ?
- Qui devrait, selon vous, remplir ces fonctions ?

La première fonction, « assistant de pratique » (AP), fait ressortir les enjeux par rapport à la délégation des activités

Pour le groupe « médecins », cette fonction semble pertinente a priori pour l'ensemble des médecins du groupe mais pas à n'importe quelle condition ni pour faire n'importe quoi !

La plupart des médecins sont unanimes pour en reconnaître l'utilité notamment (et peut-être surtout) en termes de soulagement de la charge du travail d'ordre administratif (gain de temps pour autres activités, plus de coups de téléphone durant une consultation,...), ou même pour accueillir, écouter, (voire examiner partiellement le patient), dans la mesure où ce qu'un patient dit à un infirmier, secrétaire ou accueillante est différent de ce qu'il dit au médecin.

Par contre, il n'y a pas unanimité sur les activités à déléguer. Ils tiennent notamment à garder leurs prérogatives en matière de diagnostic-traitement-suivi et ne sont pas prêts à déléguer aux AP autant qu'aux Pays-Bas ou dans d'autres contrées comme en Suède. Les raisons invoquées sont de trois ordres :

1. crainte de voir disparaître ces « moments » jugés privilégiés, précieux, opportuns dans le processus de la consultation, du colloque singulier.
2. crainte de ne plus avoir la vision globale du patient, de son vécu et de ses problèmes.
3. crainte de céder à la tentation de la rentabilisation (réduction ?) du temps de consultation à tout prix.

Par rapport au profil pour remplir cette fonction, il y a unanimité sur un minimum requis de qualification (et donc une formation de base) car il faut pouvoir reconnaître des urgences, pratiquer éventuellement des actes techniques, avoir un minimum de sens clinique,... Ainsi, on

pourrait imaginer à la base un(e) accueillant(e), un infirmier, un(e) secrétaire médical(e), et formé en plus pour devenir assistant de pratique ?

A noter qu'aujourd'hui, certains médecins travaillent avec des assistants en MG¹⁸ (c'est à dire des MG en formation professionnelle) qui remplissent déjà parfois la fonction d'assistant médical à l'instar de certains services hospitaliers. Si ces médecins devaient à l'avenir devoir se passer de ces stagiaires ils seraient demandeurs d'assistant de pratique.

Pour le groupe des « praticiens de l'art infirmier », les patients ont besoin à la fois de médecins, d'infirmiers et d'accueillants.

Les infirmiers pourraient faire plus d'actes « médicaux », mais pour autant que ça soit reconnu officiellement, notamment dans le cadre de la nomenclature des soins infirmiers (CTAI). Actuellement, les professionnels de soins infirmiers à domicile réalisent déjà beaucoup d'actes non remboursés dans leur nomenclature. Ils revendiquent eux aussi le droit de réaliser plus d'actes de manière autonome et d'en déléguer un certain nombre d'autres comme les toilettes, par exemple, aux aides-soignants. Ils plaident pour une formation en soins infirmiers de niveau universitaire. Ils constatent une différence entre la pratique au sein des maisons médicales et hors maisons médicales, dans la mesure où en maison médicale, les actes infirmiers sont financés au forfait et cela permet de faire plus que ce qui est strictement prévu à la nomenclature.

Par contre, ils ne devraient pas servir d'accueillants et de secrétaires pour le MG pour des activités administratives. Ils ne se voient pas devenir des assistants du MG au cabinet comme les praticiens des soins infirmiers à l'hôpital mais plutôt comme des « assistants de pratique en médecine générale », à l'instar des « nurses practitioners » ou « advanced nurses » du Canada. La nuance est importante.

Les praticiens de l'art infirmier ne voient pas la pertinence de créer un nouveau métier d'AP et si la fonction prévoit des actes techniques médicaux, il est logique que la réponse à cette question soit : seuls des praticiens de l'art infirmier pourraient l'assumer puisque c'est de leur compétence et c'est prévu dans les dispositions légales.

Par contre, si des MG cherchent à se faire « assister », il faudra à la fois des professionnels de l'accueil et du secrétariat et des praticiens de l'art infirmier pour des activités techniques.

Pour le groupe des « patients », il n'y a pas d'unanimité sur la pertinence de créer un nouveau métier d'AP malgré l'exemple vécu et perçu comme très positif par une des participantes des « assistants médicaux » en Allemagne.

Le plus important est de trouver les moyens pour que le médecin puisse mieux répondre aux attentes des patients en matière d'écoute et de relation privilégiée et personnalisée.

Mais, à l'instar de certains participants du groupe médecins, certains patients expriment leur crainte de « perdre » quelque chose d'important dans la réalisation de certains actes routiniers par le médecin, occasion de se confier, d'aborder certains sujets. Ils évoquent l'importance de garder la notion de vision globale du patient !

Il n'y a pas d'unanimité sur qui doit jouer la fonction d'assistant de pratique mais en tous cas il faut quelqu'un qui a une formation de base suffisante. Soit un infirmier qui est formé à des activités administratives, soit un(e) secrétaire formée à des activités plus médicales. La préférence est donnée plutôt à des infirmiers.

¹⁸ A noter que ces médecins en formation de médecine générale ne sont pas censés remplir cette fonction, ils sont là à titre d'apprentissage de leur métier de MG. Mais force est de constater que les MG témoignent de ce qui décrit ici...

Ce qui importe c'est d'avoir des compétences à l'écoute, en psychologie, à la déontologie, à la réalisation de certains actes techniques médicaux.

La discussion de la deuxième fonction « coordinateur de soins » doit permettre d'aborder les fonctions d'appui et de management mais aussi la mise en place progressive de réseaux, systèmes,... locaux.

Pour le groupe des « médecins » la fonction de coordinateur de soins est considérée comme pertinente et indispensable, même s'il ne s'agit pas vraiment d'un nouveau métier ou fonction. En effet, depuis plusieurs années, via des organismes comme les mutuelles, les CPAS ou des organisations de soins infirmiers à domicile, ou dans les maisons médicales et *wijkgezondheidscentra*, des personnes assurent cette fonction.

La fonction est essentielle et, même si elle se met petit à petit en place sous des formes diverses de réseaux, elle ne répond pas encore de manière globale, efficace et suffisante, loin s'en faut, aux besoins des professionnels de 1ère ligne et des patients.

Les MG expriment le besoin de pouvoir faire appel à des services plus polyvalents et pouvant mieux répondre aux urgences. Exemple classique du patient sortant le vendredi de l'hôpital et pour lequel il faut assurer un suivi immédiat dès le week-end !

Les hôpitaux sont d'ailleurs ciblés pour leur manque de collaboration avec les MG. Par contre, la coordination avec des organisations de soins palliatifs est mieux perçue.

Les trajets de soins sont perçus comme un risque de sectoriser la coordination des soins à domicile. Au lieu de prévoir des services de coordination pour tout patient et problème confondus, on risque d'avoir des coordinations spécifiques par catégories : les personnes âgées dépendantes, les diabétiques, les patients atteints d'un cancer en phase terminale, les patients atteints de troubles psychologiques, etc.

Les MG plaident pour des coordinations polyvalentes et payées à la fonction et non à l'acte !

Les MG ont le sentiment que les services d'aide et de coordination sont actuellement dépassés par la demande grandissante et qui ne fera que s'accroître.

La coordination devrait rester centrée avant tout sur le patient, le MG n'est qu'un maillon dans le système dont le rôle est très important mais il ne doit pas être lui-même le coordinateur. Il doit rester l'« avocat » de son patient (le porte-parole, l'allié), celui qui défend ses intérêts et qui apporte sa contribution pour identifier ses besoins.

Deux recommandations de la part des participants :

- Il ne faudrait pas que les services de coordinations se « politisent » ;
- Les coordinations n'ont de sens que si le dialogue entre médecins spécialistes et généralistes s'améliore.

Sur le profil qui devrait jouer cette fonction, le choix des MG va plutôt vers les infirmiers (infirmier social) et les AS, mais pas les MG. Il faut avoir à la fois des compétences en matière d'organisation et dans le champ social.

Il n'y a pas de réponse définitive sur l'organisation qui devrait assurer la coordination : les mutuelles (trop « politisées ») ?, les centrales de soins ?, les CPAS ?

Peut-être faudrait-il organiser des districts de soins, par commune, par délimitation géographique (les SISD et les RML entrent dans cette logique).

Pour le groupe « praticiens de l'art infirmier »

Il y a un manque de coordination avec les services hospitaliers pour les retours à domicile. Mais à l'hôpital, les patients ne signalent pas qu'ils peuvent avoir recours à des services pouvant les aider à trouver les aides nécessaires à domicile, par exemple, lorsqu'ils sont patients d'une maison médicale.

Dans certaines régions, cependant, la coordination semble mieux se passer. Cela peut dépendre d'un SISD à l'autre.

Les AS des services hospitaliers et en ambulatoire sont souvent des aides précieuses pour les infirmiers en matière de coordination.

Les participants perçoivent une rivalité, méfiance, concurrence entre le secteur hospitalier qui souhaite « descendre » en 1ère ligne et le secteur ambulatoire qui souhaite garder ses prérogatives. La question des relations et du champ de compétences et d'interventions entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier est posée. Le fait de travailler au forfait en maison médicale permet de visiter le patient à l'hôpital et de rencontrer l'équipe soignante à l'hôpital.

Les patients n'expriment pas toujours une demande de coordination mais sont souvent très heureux de pouvoir en bénéficier lorsqu'elle est proposée et mise en place.

Les infirmiers sont unanimes sur le fait que ça devrait être des infirmiers eux-mêmes qui assurent cette fonction. Dès à présent, des infirmiers en santé communautaire et des assistants sociaux assurent déjà la fonction de coordination dans les services de coordination.

On pourrait imaginer que les infirmiers en santé communautaire se rendent aussi à l'hôpital pour préparer la sortie des patients et leur retour à domicile.

Il y a donc clairement au sein du groupe une revendication de pouvoir jouer ce rôle ; les infirmiers se perçoivent comme les mieux placés (et formés) pour assumer cette fonction ... avec l'aide des assistants sociaux, ce qui va d'ailleurs dans le sens tracé par les médecins.

Mais il faut distinguer deux niveaux de coordination :

- Au niveau de la personne : la coordination des soins centrés sur le patient ; la personne de référence connaît bien les problèmes du patient, en est la plus proche et coordonne les soins entre le MG, l'hôpital et les services d'aide et de soins à domicile
- Au niveau des professionnels et des institutions : la coordination entre les services d'aide et de soins à domicile entre eux et qui est de la compétence des services intégrés des soins à domicile comme les SISD.

Pour le groupe des « patients », cette fonction est pertinente car il est important pour les familles d'avoir une personne qui peut trouver et coordonner tous les intervenants à domicile.

Exemple d'un patient qui a pu ainsi rester 6 ans à domicile grâce à la coordination mise en place par un service de soins palliatifs et continus à domicile.

Autres exemples de services qui mettent en place des outils de coordination comme des cahiers de liaison entre infirmiers et médecins.

En terme de profil, les patients pensent plutôt à des assistants sociaux qui connaissent bien les différents services d'aide et de soins possibles, pas au médecin même si c'est parfois lui qui joue ce rôle.

Parfois les associations de patients peuvent jouer ce rôle surtout dans le cas de maladies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer.

La fonction « agent de promotion de santé » est l'occasion de discuter de l'interaction entre une approche individuelle et une approche collective populationnelle de la santé.

Pour le groupe « médecins »

La description de fonction d'un agent de promotion de la santé n'est pas claire. Il n'est pas toujours aisé de faire la distinction entre ce qui est dans le champ curatif, dans celui de la prévention, de la promotion de la santé ou de la santé communautaire.

Les MG font par leur nature de soignant de la promotion de la santé à titre individuel avec chaque patient qui les consulte. Le DMG+ pourrait être une occasion de stimuler les MG à en faire plus. Ils estiment ne pas avoir le temps de mener des actions de promotion de la santé autrement qu'à ce titre individuel lors des consultations, bien qu'ils soient en première ligne pour identifier les problèmes de santé communautaire. Exemple, le rôle central joué par un MG lors de la découverte de la pollution liée à la décharge de Mellery. Mais est-ce à eux de le faire ?

Même financée et même en équipe pluridisciplinaire (maison médicale), la promotion de la santé ne se fait pas toute seule s'il n'y a pas au moins un « agent » chargé spécifiquement d'initier des actions et de les coordonner au-delà de ce qu'un MG peut faire tout seul en consultation.

Un professionnel formé dans cette discipline (exemple des masters en santé communautaire pour les infirmiers) est indispensable. Il doit être le plus proche possible de la population.

Une limite intrinsèque à la place tenue par ce professionnel est la question de sa légitimité en tant qu'acteur en promotion de la santé s'il fait lui-même partie du système de soins de santé.

Les MG reconnaissent l'importance de la thématique mais se demandent s'il n'appartient pas plutôt au citoyen de prendre ses responsabilités et d'interpeller les médecins, les CPAS, l'école, etc. et de les impliquer en tant que partenaires et experts dans des actions de santé communautaire.

Les MG identifient aussi le risque que, si les services de santé (MG et maison médicale) sont les moteurs de la promotion de la santé, ce soit au détriment d'une prise de responsabilité des pouvoirs publics.

Pour le groupe « praticiens de l'art infirmier »

La promotion de la santé doit être intégrée dans chaque pratique et doit concerner chaque discipline ; ce n'est pas un métier en soi mais il est pertinent d'avoir quelqu'un qui coordonne les actions de promotion de la santé, par exemple, au sein d'équipes pluridisciplinaires comme les maisons médicales. Il ne faut pas inventer un nouveau métier qui sera moins payé qu'un infirmier « mastérisé », mais plutôt payer adéquatement cette fonction. En effet, les infirmiers sont formés en promotion de la santé dans leur curriculum de base et peuvent choisir la spécialisation (et le master) en santé communautaire. D'autres professions que celles de l'art infirmier ont aussi accès à ces formations.

Il faut surtout former des coordinateurs d'actions en santé communautaire ! Tous les soignants sont en principe agents de promotion de santé dans l'exercice de leur profession curative

même au sein des hôpitaux (voir AIEP¹⁹). Ce qui manque c'est une fonction de coordination financée à cet effet et pour laquelle une formation complémentaire est nécessaire.

La 1ère ligne doit être appuyée par les CLPS (Centres Locaux de Promotion de la Santé) qui font le lien entre l'ensemble des acteurs

Pour le groupe « patients »

La promotion de la santé touche à beaucoup de domaines qui ne sont pas spécifiquement du ressort des médecins et des services de santé mais du ressort d'autres lieux comme : les écoles, les lieux de travail, les lieux de vie, les administrations communales en tant que lieux de vie et de lien social, les associations de quartier, l'ONE, les CPAS, les crèches, les associations de patient, etc.

Les patients perçoivent surtout le besoin de quelqu'un qui coordonne tout ce qui se fait en promotion de la santé un peu partout.

La fonction d'agent de promotion de la santé devrait être assurée par quelqu'un qui a des aptitudes pédagogiques, proche de la population, qui sait communiquer, qui aime les échanges... et choisi par ses pairs (la population). Cela ne doit pas nécessairement être un médecin (peut-être même surtout pas) ou un infirmier. Pourquoi pas un bénévole ? Un agent communal ? Ce qui est contradictoire avec le fait d'estimer qu'il s'agit d'un métier.

19 Association des Infirmier(e)s spécialisé(e)s en Education du Patient

Conclusions et questions émergent des résultats

Cette étude met en lumière une série de questions et d'enjeux dont il faudra tenir compte dans la réflexion quant aux nouveaux métiers de la première ligne.

Les groupes de fonctions inventoriés, illustrés au travers d'expériences internationales et confrontés à des acteurs de la première ligne, soulèvent les réflexions suivantes.

Des fonctions généralistes pour une approche globale

Les nouvelles fonctions devraient renforcer les différentes fonctions généralistes qui permettent une approche globale, une compréhension des réalités des patients

Un des questionnements posés suite à l'apparition de nouvelles fonctions est le devenir des fonctions généralistes (principalement médecin généraliste ou infirmier généraliste) face à l'apparition de nouvelles fonctions.

On voit en effet apparaître de nouvelles fonctions plus spécialisées (infirmier diabétique, infirmier santé mentale,..), ciblant plutôt des maladies et/ou des populations spécifiques. Ces fonctions sont souvent remplies par des infirmiers ayant fait des formations supplémentaires.

Par ailleurs, des fonctions venant en appui ou reprenant des activités déléguées de médecins ou d'infirmiers émergent, par exemple, l'assistant de pratique.

Ces deux types de fonctions (nouvelles et d'appui) peuvent amener un changement dans les activités accomplies par les fonctions « généralistes », ce qui n'est pas neutre et sans conséquences. Le MG pourrait ainsi être amené à se centrer exclusivement sur la dimension purement biomédicale de la consultation, ou l'infirmier se centrer, par exemple, uniquement sur des aspects de coordination de soins. Les deux fonctions pourraient « perdre » une partie de ce qui fait leur essence même, par exemple, la vision la plus globale possible du patient. Cette évolution vers de nouveaux modes de répartition de certaines tâches est reconnue comme un besoin par les MG mais surtout pour libérer du temps consacré au colloque singulier. En même temps, ils sont loin d'être unanimes sur les activités qu'ils sont disposés à déléguer. Les infirmiers sont demandeurs de pouvoir élargir leur champ de compétences diagnostiques et thérapeutiques mais moins preneurs pour n'être que des aides administratifs des médecins. Les patients aussi trouvent que le médecin généraliste devrait abandonner certaines activités, mais pas au prix de la relation privilégiée et de l'approche globale.



Figure : ce que les MG pensent du transfert de tâches et ce que les patients en pensent

Ainsi, le développement de spécialisations au sein des soins de santé primaires est à questionner : il porte en lui le risque du « découpage » des personnes et de leur globalité, voire de leur polymorbidité, en morbidités, lieux, temps et responsables de prise en charge

différents, au détriment de la globalité et de l'autonomie des patients. Des spécialisations pourraient être utiles, mais elles sont toujours à questionner sous cet abord, et doivent s'ancrer plutôt dans le soutien à une prise en charge globale, et donc, généraliste²⁰.

Dans le même sens, la prise en charge d'un épisode de soins (qu'il soit plus ou moins long) ne gagnera pas nécessairement à être trop découpé en activités diverses réalisées par des acteurs différents, au risque de la rupture du dialogue de la relation de confiance, du temps nécessaire à la prise en charge globale. Par exemple, il peut être plus logique de confier le suivi global d'une personne avec une maladie chronique plutôt que de confier une seule tâche (par exemple prise de TA) dans la prise en charge des personnes²¹.

Finalement, au niveau international, il est important de mentionner l'existence de fonctions d'infirmiers généralistes (*nurses practitioners*). Certaines de ces fonctions pourraient renforcer une approche globale de la santé individuelle.

Des fonctions de coordination

Les fonctions de coordination font ressortir l'importance de réfléchir plus en avant l'organisation des interactions entre hôpital ou deuxième ligne de soins avec la première ligne, en plus de la coordination des soins en première ligne.

Même si la coordination des soins à domicile n'est pas une nouvelle fonction, elle semble depuis peu, gagner en importance. En effet, différentes modalités d'organisation de prestataires en réseau ou en système local de soins se mettent en place (SISD, SEL, trajets de soins, réseaux de santé mentale, ...), qui s'accompagnent de la mise en place de nouvelles fonctions.

Deux éléments clé ressortant de ces nouvelles fonctions sont d'une part le pouvoir de décision laissé aux patients (ou à leur famille), d'autre part leur interaction avec les MG et avec l'hôpital.

Pour la coordination des soins au domicile, autour du patient (et de son entourage) qui doit rester maître des décisions, le MG et le coordinateur assurent les liens avec l'hôpital et les services d'aide et de soins, le but étant que tant le MG, l'infirmier(e), l'assistant(e) social(e) que le patient (ou son entourage) puisse à tout moment et sans délai si c'est urgent, faire appel aux services hospitaliers et aux services d'aide et de soins à domicile. Si le patient fréquente une maison médicale, c'est l'infirmier de l'équipe qui peut jouer ce rôle. Sinon, le centre de coordination d'aide et de soins à domicile devrait déléguer un infirmier référent pour ce patient.

20 C'est l'exemple de l'infirmier en soins palliatifs cité plus haut.

21 Exemple concret : pour la prise en charge d'une personne souffrant d'hypertension, mais dont la tension est contrôlée : une piste est de prévoir sa visite régulière chez le MG avec un passage préalable par l'assistant de pratique pour la prise de tension et autres paramètres, auquel cas le patient voit deux acteurs pour le même épisode, se déshabille deux fois, et perd d'éventuelles opportunités de parler avec son MG (pendant qu'il prend la tension). Une autre piste, sans doute préférable, est de confier à un infirmier le suivi chronique de ce patient hypertendu, de lui fournir un ensemble d'algorithmes décisionnels, avec visites beaucoup plus espacées chez le MG, par exemple si la TA n'est pas suffisamment contrôlée, ou pour tout autre problème de santé. Un exemple similaire au niveau hospitalier serait le choix entre partager les lits (et donc les malades) entre les infirmiers du service pour leur prise en charge globale, ou la division de tâches (prise de TA, de températures, toilettes...) à réaliser dans tout l'étage par chaque infirmier, auquel cas chaque malade voit passer plusieurs soignants...

La formation et la reconnaissance des infirmiers

La formation complémentaire et la reconnaissance des infirmiers est au centre du débat : repenser un profil généraliste de la première ligne ?

Une autre reconnaissance des infirmiers et leur formation complémentaire sont souvent au cœur du débat sur les nouveaux métiers. On assiste en Belgique à la création de formations débouchant sur des profils de plus en plus spécialisés. A l'étranger, des profils généralistes infirmiers bien reconnus dans le système existent.

Quand on explore leur opinion, on voit que les infirmier(e)s sont demandeurs de prestes plus d'actes classiquement réservés aux médecins (diagnostiques, thérapeutiques et de suivi), mais ne sont pas prêts à jouer le rôle d'assistants, auxiliaires des MG, pour faire ce que ces derniers ne peuvent ou ne veulent plus faire ! Il y a manifestement une aspiration et une revendication à plus de reconnaissance et de valorisation de leur métier et de leurs fonctions. Ils aspirent à ce que l'art infirmier devienne une compétence de type universitaire (4 ans) avec un tronc commun de « praticien infirmier de soins généraux » et des spécialisations ou orientations plus spécifiques selon les services auxquels ils se destinent. Les trois fonctions explorées (« assistant de pratique » en soins hospitaliers et en première ligne, coordination des soins et promotion de la santé) feraient par exemple partie de ces orientations plus particulières, à condition de les reconnaître comme telles et de les financer en conséquence.

Des équipes pluridisciplinaires de prise en charge globale

Une modalité de « skill-mix » à renforcer : la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de prise en charge globale, comme interface avec des programmes de soins ciblant des maladies, problèmes de santé ou groupes cibles spécifiques.

La réflexion sur les nouveaux métiers ne peut se faire indépendamment de la manière dont ces métiers s'articulent les uns avec les autres (le «skill-mix »).

Il est ainsi intéressant d'observer que les problématiques liées aux thématiques abordées peuvent être très différemment perçues selon qu'on pratique en groupe pluridisciplinaire (par exemple en maison médicale) ou en solo ou en groupe monodisciplinaire.

Les MG et les infirmiers de maison médicale ne ressentent pas les mêmes besoins, ou avec la même intensité, en matière de délégation des activités, de coordination des soins et de promotion de la santé. Dans les équipes pluridisciplinaires, ces questions liées aux nouveaux métiers ont souvent déjà été abordées et des solutions innovantes sont testées. On constate ainsi l'existence de plus en plus fréquente au sein des équipes de professionnels formés et responsables de la promotion de la santé.

Il serait donc certainement utile de « coupler » la réflexion sur les nouveaux métiers avec les stratégies de mise en place de deux modalités organisationnelles du futur pour la première ligne : équipes pluridisciplinaires prenant une responsabilité dans l'offre de soins à une population générale, ou programmes de soins ciblant des maladies, problèmes de santé ou groupes cibles spécifiques.

Dans l'option de « skill-mix » qui prévoit des programmes de soins ciblant des maladies, problèmes de santé ou groupes cibles spécifiques, (aussi nommée « disease management »), l'interaction entre professionnels se structure autour de maladies ou de groupe cibles. Les professionnels tendent à se spécialiser (notamment les fonctions de coordination et d'infirmiers), et les fonctions généralistes occupent une place marginale, même si officiellement elles sont intégrées dans les différents programmes. Cette première option est présentée dans la figure page suivante.

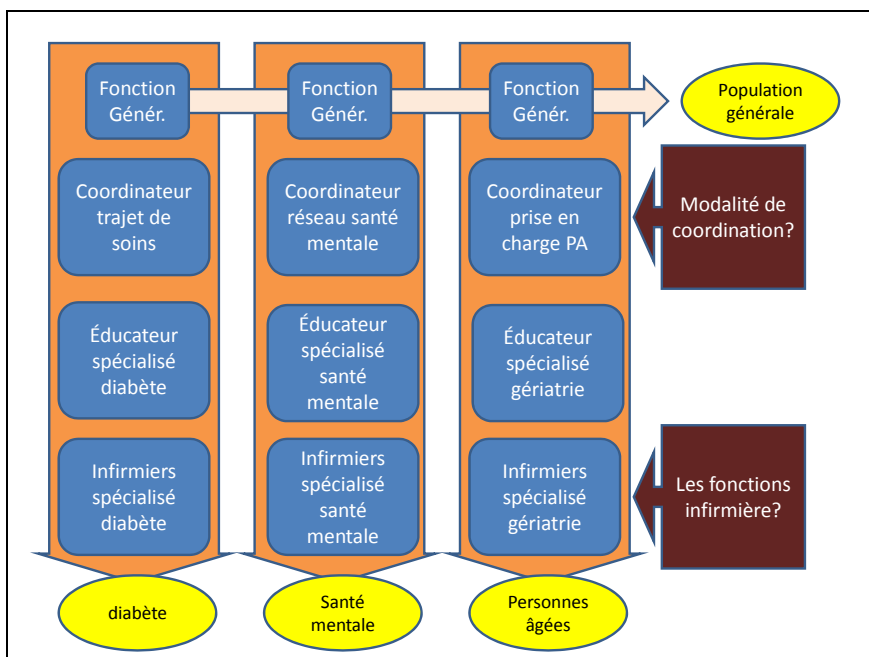


Figure : schéma du scénario "disease management"

L'autre option, que nous préconisons, est celle de s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires de soins primaires : la première ligne est renforcée, en tant que structure « interface » entre la population et d'autres structures plus spécialisées ou institutionnelles. L'équipe pluridisciplinaire s'articule alors autour d'une fonction généraliste. Elle permet notamment de mieux intégrer le lien entre le biomédical et la promotion de la santé, de mieux développer des soins centrés sur la personne²².

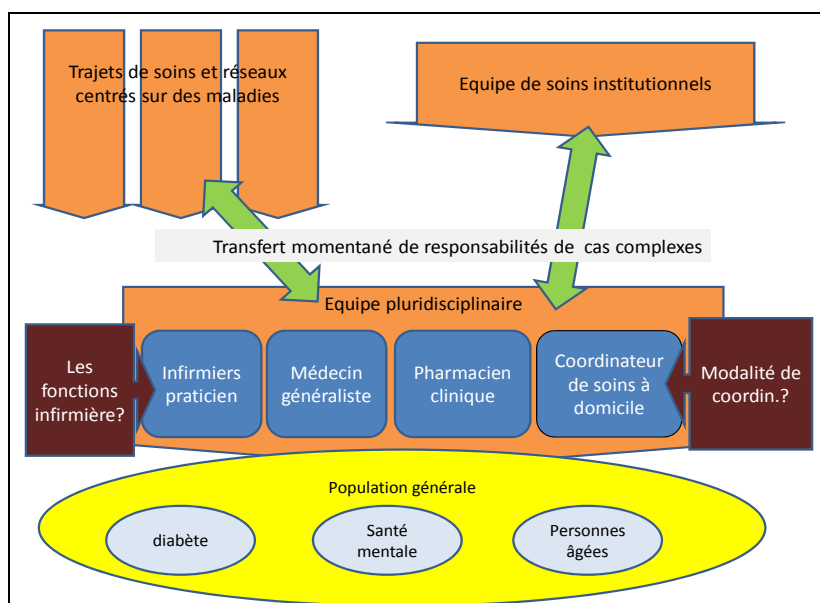


Figure : schéma du scénario "équipes pluridisciplinaires de soins primaires"

²² Cette option est également soutenue par l'OMS : lire à ce sujet le rapport 2008 « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » : www.who.int/whr/2008/summary/fr/index.html

Contextualiser l'approche

Partir de l'existant ? De l'importance de contextualiser l'approche et tenir compte des perceptions de acteurs de la première ligne, y inclus celles des patients et des citoyens.

Il ressort clairement de cette étude que la question des nouveaux métiers doit tenir compte des différentes réalités de terrain et du contexte. On ne peut, par exemple, pas se contenter de juste copier des expériences développées aux Pays Bas (dans le cas des assistants de pratiques) ou en Amérique du Nord (dans le cas des « nurses practitioners »).

D'après les acteurs de la première ligne interrogés, plutôt que de créer de nouveaux métiers, il vaudrait mieux :

- revaloriser les métiers existants ;
- redéfinir les profils ;
- adapter les formations de base et spécialisées ;
- redistribuer les activités dévolues aux fonctions existantes ;
- disposer de moyens de financement plus adéquats (notamment étendre le système de financement au forfait).

A nouveau, cet ajustement est probablement plus facile, là où existent des équipes pluridisciplinaires.

A un niveau plus « macro », il est important aussi de faire ce travail d'ajustement au travers d'espaces de concertation entre les différents acteurs de la première ligne. Il existe en effet des opinions différentes entre médecins généralistes, infirmiers ou représentants de patients.

Les différences d'opinion entre les trois groupes (et au sein de ceux-ci), portent plutôt sur la manière d'organiser l'offre et sur la deuxième question qui était posée dans les entretiens en groupe, à savoir : « qui devrait remplir les fonctions ? »

Les patients sont partagés sur les questions de « qui doit faire quoi ? » pour que ce dont ils ont besoin soit disponible. Ils restent très attachés aux relations privilégiées entre eux et leur MG, tout comme celles avec les autres intervenants en ambulatoire (infirmiers, assistants sociaux, accueillants) et n'aimeraient pas perdre ces relations. Mais en même temps, ils reconnaissent que leur MG est parfois débordé et trop peu disponible et que le décharger de certaines activités pourrait améliorer la qualité de l'écoute et le temps qui peut leur être consacré.

Recommandations

Un renforcement des formations généralistes

Par rapport au renforcement des fonctions généralistes qui permettent une approche globale, une compréhension des réalités des patients

1. En soins de santé primaires, chaque métier devrait garder une certaine vision et compétence globale dans l'approche du patient. Cela a été exprimé par les acteurs rencontrés lors des entretiens collectifs : il y a des craintes qu'à force de vouloir tout déléguer, tout hyperspécialiser, le patient ne puisse plus s'y retrouver... et peut-être les professionnels eux-mêmes non plus !
2. Il s'agit de définir des champs de fonctions en relation avec des types de personnes à prendre en charge avec des problèmes de santé et de soins en ambulatoire plutôt que de simplement identifier les actes pouvant être ou ne pas être réalisés par telle ou telle profession. Plutôt que de découper en actes la prise en charge d'une personne, pour les partager entre différents acteurs de première ligne, plutôt envisager des séquences dans le temps de prise en charge, où différents types de professionnels prennent des responsabilités par rapport à la prise en charge de la personne à des moments différents.
3. Certains professionnels pourraient développer des compétences plus spécifiques dans certains domaines, pour les mettre à disposition des collègues "généralistes" de l'ambulatoire, en venant en appui de ces derniers. C'est l'exemple des infirmiers spécialisés en soins palliatifs.
4. L'assistant de pratique (tel que décrit aux Pays-Bas) semble une piste à ne pas développer à ce stade-ci. Ce qui n'empêche pas de soutenir l'appui aux activités administratives du MG, ou la fonction d'accueil.

Une formation et reconnaissance des infirmiers

Par rapport à la formation complémentaire et la reconnaissance des infirmiers : c'est au centre du débat

5. La fonction d'infirmier comme acteur de prise en charge globale est à renforcer. Pour cela, un vaste chantier est à développer pour une redéfinition des activités que ces professionnels pourraient prendre en charge, ainsi que des compétences requises pour que ce soit possible. De préférence en concertation avec les acteurs concernés et leurs collègues.

Des fonctions de coordination

Par rapport aux fonctions de coordination

6. Des coordinateurs locaux, territoriaux de la promotion de la santé, permettraient d'articuler les différents acteurs, y compris ceux du système de soins, dans le sens d'un développement positif de la santé au niveau d'un territoire. La fonction et les moyens des CLPS (LOGO) sont peut-être à soutenir dans ce sens.

7. Des projets de coordination entre première ligne et deuxième ligne sont à soutenir, de préférence au départ d'acteurs du secteur ambulatoire : les SYLOS²³ seraient une piste à développer, les SISD et SEL ont aussi un rôle dans ce domaine.
8. L'offre existante devrait être mieux évaluée : il y a des services plus efficaces que d'autres et malgré des structures de coordination mises en place, cette coordination reste encore beaucoup trop faible. Une analyse de la qualité des services existants permettrait d'identifier les pistes d'amélioration. Une analyse plus fine des perceptions et vécus différents entre les acteurs de maison médicale et les autres types d'organisation professionnelle devrait être réalisée.
9. Un numéro d'appel unique national pour l'aide sociale et les soins à domicile pourrait être imaginé à l'instar du *Vlaamse infolijn 1700* du gouvernement flamand.

Des pratiques de groupe pluridisciplinaires

Par rapport au modalités de skill-mix » à renforcer

10. La pratique de groupe pluridisciplinaire de soins de santé primaires est à soutenir, comme lieu où les échanges et le partage des activités sont facilités, ainsi que pour la possibilité d'y soutenir plus facilement la promotion de la santé.

Contextualiser l'approche, tenir compte des acteurs

Par rapport à l'importance de contextualiser l'approche et tenir compte des perceptions de acteurs de la première ligne, y inclus des patients et des citoyens

11. Avant d'envisager la création de nouveaux « métiers » (formations diplômantes et nouveaux barèmes), il est important pour les pouvoirs publics de mieux connaître l'état de besoins exprimés par les professionnels pour répondre aux demandes de la population. Il est fort probable qu'une meilleure définition des fonctions, une meilleure adaptation des formations et une meilleure répartition des activités entre tous les professionnels existants en 1^{ère} ligne pourraient répondre plus adéquatement aux besoins et aux demandes. La « pénurie²⁴ » des MG et des infirmiers n'est pas un argument suffisant pour justifier la création de nouveaux métiers.
12. Il s'agit de se pencher sur le souhait des infirmier(e)s, d'exercer plus de responsabilités, pour revaloriser cette fonction. A ce propos, il serait intéressant de revisiter les 72 recommandations du ministre Colla issues de la conférence-table ronde de 1997 organisée par le SPF-Santé pour et avec le secteur infirmiers et sages-femmes²⁵. On peut déjà y lire, notamment, que l'Arrêté Royal N° 78 de 1974 devrait inclure les nouvelles missions du « *praticien infirmier en tant que clinicien, coordinateur, manager de la qualité, conseiller en matière de santé, responsable de l'accompagnement, chercheur.* ».

²³ Les SYLOS (Systèmes Locaux de Santé) font référence à des projets de recherche-action initiés à Antwerpen (1995), Bruxelles (1996) et Malmédy (1999), visant à améliorer la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes. *Santé conjugulée*, N°30, octobre 2004

²⁴ Plutôt que de parler de pénurie, il vaudrait mieux parler de manque de disponibilité des services par rapport à la demande, due non au nombre absolu des professionnels mais à leur disponibilité pour répondre aux demandes (répartition des activités peu optimale, reconnaissance insuffisante des professions, financement insuffisant ou inadéquat).

²⁵ En 1997, suite à un processus de large consultation du secteur concerné, une « conférence table ronde » réunissant plus de 900 personnes, sous l'égide du ministre de la santé publique de l'époque, avait comme objectif de développer un cadre politique global pour le secteur professionnel des infirmières et sages-femmes. Le document qui en a résulté a émis 72 résolutions concernant les thématiques suivantes : la mission infirmière, l'accès à la profession infirmière et la préparation y afférente, l'organisation de la pratique infirmière et obstétricale, la participation et la concertation, la qualité et l'éthique.

13. La concertation avec les acteurs de terrain de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne doit être renforcée au sujet de questions concrètes de partage des activités, et dans le souci d'aplanir les positionnements corporatistes. Ils sont demandeurs de plus d'implication dans les discussions.
14. Pour mettre autour de la table, tous les acteurs concernés dans la poursuite des discussions, il faudrait trouver les moyens de dépasser les malentendus, les a priori et les positions crispées, défensives et corporatistes entre les différentes professions existantes et au sein même de celles-ci. Il est ressorti, particulièrement au sein du groupe infirmier, que les discussions et débats ont trop souvent lieu dans un climat de compétition entre professions différents qui tiennent à préserver leurs privilèges acquis. C'est particulièrement évident entre médecins et infirmier(e)s. Il s'agit bien sûr de répondre aux besoins exprimés par les professionnels du secteur eux-mêmes mais il s'agit avant tout de mettre au centre les besoins et demandes des patients et de la population.

Propositions de recherches complémentaires

Suite à la lecture des résultats de cette étude, le comité de pilotage du SPF-Santé et les auteurs de cette étude émettent les pistes de recherche suivantes :

- Une analyse de type SWOT²⁶ (forces, opportunités, faiblesses et contraintes) des possibilités de transformation du système de santé actuel vers un système basé sur un modèle plus global reposant sur des équipes pluridisciplinaires en première ligne des soins.
- Une étude des compétences à développer dans les formations de base, complémentaires et continues pour les infirmiers appelés à jouer demain un rôle plus important encore qu'aujourd'hui au niveau de la première ligne de soins. Par exemple, quelles compétences seraient nécessaires et donc quelle formation, pour renforcer une fonction d' « infirmier généraliste en soins de santé primaire » ?
- La recherche de pistes opérationnelles concernant le type et les modalités de « skill mix » (d'interdisciplinarité), pour renforcer un système basé sur des équipes pluridisciplinaires de soins primaires.
- Une recherche, incluant des acteurs de terrain, sur un nouveau partage des activités entre les professionnels généralistes de première ligne : Médecins généralistes et infirmiers, par exemple.
- Le SYLOS²⁷, projet de recherche-action visant à améliorer la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes, en cours dans différents lieux (Bruxelles, Anvers, Malmédy) depuis plusieurs années, devrait être poursuivi et peut-être répliqué sur d'autres zones
- La coordination entre acteurs de 1^{ère} ligne et entre acteurs de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, en lien avec une définition des couvertures de l'offre, devrait faire l'objet d'une réflexion globale avec les entités fédérées. Cette réflexion touche à l'organisation territoriale du système, tant en ambulatoire que pour le secteur hospitalier.
- Une étude visant à identifier les possibilités / les opportunités de mieux articuler encore l'approche de type « disease management » avec l'approche « équipe pluridisciplinaire en soins primaires » prenant en charge une population générale.

²⁶ SWOT est l'acronyme pour *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*

²⁷ Les SYLOS (*Systèmes Locaux de Santé*) font référence à des projets de recherche-action initiés à Antwerpen (1995), Bruxelles (1996) et Malmédy (1999), visant à améliorer la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes. *Santé Conjuguée*, N° 30, octobre 2004

- Quelle fonction de gestionnaire / animateur de système local de soins renforcer, pour notamment développer une faculté d'adaptation de programmes de type « P3 », trajets de soins, art107 aux contextes locaux spécifiques ? Lié a cette question, comment s'assurer d'une cohérence entre ces différents programmes (éviter de devoir créer une coordination des coordinations) ?
- Une recherche plus affinée des demandes des patients et usagers devrait être réalisée, par exemple, en organisant des focus groups sur une plus grande échelle que ce qui a pu être réalisé dans la présente étude avec les 2 entretiens collectifs des patients.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crise

Eurostation II
Place Victor Horta 40 bte 10
1060 Bruxelles

Tél. : 02/524 97 97 (contact center)
Fax : 02/524 98 16

www.sante.belgique.be
info@sante.belgique.be

ETUDE RÉALISÉE PAR :



Fédération des maisons médicales
et des collectifs de santé francophones asbl

Bd du Midi 25/5
1000 Bruxelles
02 514 40 14
fmm@fmm.be

www.maisonmedicale.org