

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

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'utilisateurs, 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'ambulatoire.
- (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 Conjugée*, 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



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