

Déroulement de la séance

1. Introduction : présentation des 4 séances et bref mémo méthodologique (15').

Rappel du thème général aux 4 ateliers thématiques 2017/2018, « Actions et activités en synergies en MM » ; les 3 thématiques et une dernière séance « Le poste d'aiguillage ».

Le « **poste d'aiguillage** » est une séance au cours de laquelle :

- on fait le résumé des 3 séances
- on produit, à partir de chaque synthèse, le catalogue des « trucs et astuces », des « recommandations » des participants.
- Pour cette 4^{ème} séance, l'unique condition est que la personne présente ait participé à l'un des 3 ateliers précédant.

2. Les débats en atelier : 3 questions dans les groupes (suivant le nombre de personnes - 1h15)

- **La question du « territoire » est importante pour toutes les maisons médicales.**

Différents types de zones existent en MM : zone d'inscription, zone géographique où les soins sont couverts, zone de remboursement, zone d'activités communautaires, zone « sociale » (commune, CPAS ...).

Pour les MM au forfait, l'inscription des patients précise et délimite le périmètre des personnes qui peuvent y avoir accès.

Comment cette notion vous influence-t-elle dans vos actions dans la MM ?

- **Le cure et le care ?**

Les MM sont, dans leurs missions, pleinement engagées dans ces notions

- de « cure » (guérir par des soins de réparation et des thérapeutiques actives et réparatrices) mais également
- de « care » (se soucier et prendre en charge la personne, développer des dispositions et des pratiques d'attention, prodiguer et reconnaître l'impact du soin).

Comment ces notions influencent-elles vos choix de travail ? Les patients inscrits ont accès aux cabinets de soins ; sont-ils les seuls bénéficiaires des actions et activités de la MM ? Comment justifiez-vous cela ?

- **« Approche communautaire » versus « Virage ambulatoire »**

Comment l'approche transversale ou globale du patient (modèle « Approche communautaire ») s'accorde-t-elle avec un modèle d'organisation de type programme plus attentif aux maladies prioritaires ?

Des adaptations sont-elles apparues dans votre MM : nouvelles fonctions, métiers spécifiques et/ou spécialisés, création de tâches particulières ...

3. La synthèse : en plénière, sur base d'un mindmap (30')

Chaque groupe dispose de 10' pour faire la synthèse du débat. Les « idées forces » qui peuvent être retenues, des propositions à mettre en avant.

Les 4 ateliers (des mardis) :

- 3 octobre - « Nos patients inscrits sont-ils les seuls bénéficiaires des actions et activités de notre MM ? »
 - 9 janvier - « Comment travailler en collaboration très rapprochée avec les MM voisines afin de partager nos moyens, nos activités, nos compétences »
 - 13 mars - « Comment (ré)activer les réseaux locaux ? »
 - 12 juin - « Le poste d'aiguillage : séance de synthèse des débats et propositions de recommandations ».
-

¹ La première ligne du système de santé doit faire face à différents enjeux. D'une part, les travaux récents sur les déterminants sociaux de la santé ont redonné une nouvelle légitimité aux soins primaires et à l'importance d'une meilleure intégration entre santé individuelle et approche communautaire. D'autre part, les limites dans les financements disponibles pour les soins de santé, mais aussi la recherche d'une meilleure qualité de vie motivent un transfert de la prise en charge de certaines maladies ou patients « complexes » du secteur institutionnel vers le secteur ambulatoire des soins (ce qu'on appelle le « virage ambulatoire »).

On voit alors émerger des modèles d'organisation avec des accents plus ou moins importants apportés à différents types d'objectifs au sein du système de santé. Par exemple, dans la logique de renforcement des soins primaires, la première ligne se transformera en fonction de modèles du type « approche communautaire » qui cherche à promouvoir l'autonomisation du patient et la participation des citoyens à des projets de développement de leur village ou de leur quartier.

Dans une dynamique de « virage ambulatoire », on assiste plutôt à l'émergence de modèles organisationnels de type « programme » qui vont porter une plus grande attention à des maladies prioritaires (cancers, maladies chroniques, problèmes de santé mentale), programmes de gestions de maladies ou « disease management », ou à des populations vulnérables personnes âgées - programmes de gestion de cas ou « case management ».

Ceci se traduit par une importance plus grande pour des fonctions existantes (par exemple coordination des soins ou gestion de l'information) ou l'apparition de nouvelles fonctions (par exemple évaluation environnementale) au niveau de la première ligne. Ce changement au niveau des fonctions entraîne à son tour de nouveaux métiers. Ceux-ci se déclinent au niveau de la première ligne différemment en fonction du contexte, et notamment de l'évolution du système de santé. Dans une logique de renforcement des compétences techniques, l'émergence de nouvelles fonctions et tâches va de pair avec une division du travail croissante, de même que la spécialisation, voire l'hyperspécialisation, ce qui peut favoriser l'émergence de multiples métiers. En même temps, cette évolution peut être accompagnée de l'émergence de nouveaux métiers « interface » pour pallier aux manques d'un système cloisonné.

La transformation de la première ligne du système de santé va donc de pair avec l'apparition de nouveaux métiers. A l'inverse, l'apparition de ces nouveaux métiers ne sera évidemment pas neutre par rapport à l'évolution du système de santé qui va soit « résister », soit renforcer, soit être transformé par cette tendance. (Santé conjugquée 55 - janvier 2011)
