

Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence ?

Du futur des métiers



aux métiers du futur

.....
L'organisation de nos systèmes de santé est en mutation et tend vers une plus grande intégration. En témoignent des phénomènes qui montent en puissance tels que le virage ambulatoire ou le développement d'une territorialisation de l'activité de la première ligne de soins. Cette évolution fait apparaître la nécessité de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers.
.....

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 (van Weel et al. 2008). 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 »¹ qui cherchent 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 »² 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*³.

Ceci se traduit par une importance plus grande pour des fonctions⁴ 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 métiers⁵. 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

Jean Macq,
médecin,

Vanessa Barbosa,
infirmière autorisée,

Sophie Ces,
économiste,

Caroline Jeanmart,
sociologue,

Thèrèse Van Durme,
infirmière, licenciée

en santé publique,
Institut de recherche

santé et société,
université catholique

de Louvain.

1. « L'approche communautaire implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire ». (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux 2004).

Mots clés : première ligne de soins, soins de santé primaires, métiers, multidisciplinarité, service intégré de soins à domicile, santé mentale, santé communautaire, virage ambulatoire, territorialisation.

2. « Un programme de gestion de maladie consiste en un ensemble de moyens coordonnés afin d'assurer la prise en charge adéquate de cette maladie ». (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux 2004).
3. 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).
4. Voir article précédent.
5. Par nouveaux métiers, nous entendons ici, une nouvelle combinaison de « fonctions ».
6. L'intégration se réfère à : "A coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors... [to] enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex problems cutting across multiple services, providers and settings". (Kodner 2009).



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 (Tourmen 2007). 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.

En Belgique, la vision en matière de santé et les options prises dans la structuration de la première ligne ne sont pas toujours très claires. En effet, l'organisation de notre système semble avant tout être la conséquence de relations de pouvoirs et d'équilibres atteints au travers de mécanismes de concertation.

Une analyse des nouveaux métiers de la première ligne est une occasion de mieux comprendre les enjeux liés aux changements de notre système de santé. Ce travail pourrait donc contribuer à enrichir la réflexion sur les raisons et les conséquences des choix politiques pris par rapport à notre système de santé, particulièrement de la première ligne...

L'évolution du système de santé : notamment à la recherche d'une meilleure intégration

Un des buts de réforme des systèmes de santé est de chercher à renforcer leur intégration⁶. Deux processus de changement tendant vers plus d'intégration impliquent la première ligne :

1. le virage ambulatoire avec une tendance à une meilleure intégration entre soins

institutionnels et ambulatoires au travers de programmes de gestion de maladies ou de cas, mais avec un risque de cloisonnement de la prise en charge par maladies

2. la territorialisation de la première ligne de soins avec une tendance vers une meilleure intégration entre santé individuelle, populationnelle et environnementale au travers de réseaux ou de systèmes intégrés, mais avec un risque de cloisonnement entre l'institutionnel et l'ambulatoire. Ces deux processus seront détaillés ci-dessous.

● Virage ambulatoire et recherche d'une meilleure intégration entre soins institutionnels et ambulatoires au travers de programmes de gestion de maladies ou de cas : vers un renforcement ou un affaiblissement de la transversalité au niveau de la première ligne ?

En Belgique, comme dans d'autres pays, le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence d'affections chroniques, mais aussi des options thérapeutiques nouvelles justifient un transfert de la prise en charge de maladies et de cas complexes du secteur des institutions de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins...) vers le secteur ambulatoire et plus particulièrement la première ligne de soins. Ceci s'accompagne souvent de stratégies pour renforcer l'intégration des soins entre les deux secteurs susmentionnés et pour permettre de réfléchir à des nouvelles modalités de collaboration entre généralistes et médecins spécialistes (Heymans 2010). Toutefois les acteurs de la première ligne y voient un risque d'hyperspécialisation de la médecine et de menace de disparition d'une approche transversale ou globale du patient (Van der Schueren 2010).

Des projets sont actuellement en phase d'implantation en Belgique :

1. Les trajets de soins pour le diabète type 2 et les insuffisants rénaux en vigueur depuis 2009⁷ sont des projets de gestion de maladies. Ces projets s'accompagnent de nouvelles modalités organisationnelles : un contrat est établi entre patients, spécialistes



- et médecins généralistes ; un réseau multidisciplinaire local autour de la prise en charge des deux maladies permet de mettre à disposition au niveau de la première ligne des équipes multidisciplinaires, normalement uniquement disponibles au niveau hospitalier (Van Hul and Celis 2009).
2. Les projets « protocole 3 » pour la prise en charge de personnes âgées fragiles sont des projets de gestions de cas. Des services, groupements ou institutions de soins (MRS, ...), d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), concernés par la prise en charge des personnes âgées mettent en œuvre des formes innovantes de prise en charge de personnes âgées fragiles permettant de retarder leur institutionnalisation.
 3. L'article 107 - «Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins » - est un programme de gestion de cas proposant une réforme des soins de santé mentale. « De manière synthétique, les hôpitaux peuvent affecter une partie de leurs moyens pour développer, avec d'autres acteurs de terrain, cinq fonctions essentielles et indissociables : la prévention et le dépistage, l'accompagnement ambulatoire intensif, la réinsertion sociale, le traitement résidentiel intensif de courte durée, et le développement d'habitats spécifiques diversifiés. L'ensemble des nouveaux dispositifs doit se développer sur une base territoriale (un seul réseau par territoire, espère-t-on) et sera constitué des différents acteurs de terrain impliqués d'une manière ou d'une autre dans le suivi des patients. » (Mariage 2010).

● **La territorialisation de la première ligne : vers une meilleure interaction entre santé individuelle, santé populationnelle et action sur les déterminants contextuels de la santé ?**

Un deuxième type d'évolution est l'organisation de la première ligne de soins en fonction d'une population de responsabilité vivant dans une zone géographique définie. Dans ce cas donc, plutôt que de mettre en place des réseaux en fonction de maladies ou

de populations spécifiques, il s'agit de créer ou de renforcer des réseaux de prestataires de services de santé et/ou sociaux couvrant une population dans une zone géographique définie (Starfield et al. 2005 ; World Health Organization 2009). Ce type d'approche est notamment développé dans les pays nordiques (Norvège, Finlande, et Suède) ou au Royaume-Uni (Bourgueil 2011). L'objectif de ce type de réseau est alors :

1. De développer des synergies avec les pouvoirs locaux (les communes, etc.) et avec des acteurs locaux hors secteur de la santé pour adresser, par exemple, des problèmes de santé liés aux situations sociales de crise (sans domicile fixe, violences intra-familiales, exclusion sociale,...). Ceci peut notamment se concevoir avec les communes au travers de plans de développement durable (voir par exemple fiche n°5 du plan de développement durable de la commune d'Ottignies Louvain-la-Neuve sur <http://www.oln.be/fr/environnement/developpement-durable/plan-communal-dd.html> ou Anon 1998).
2. De renforcer la coordination entre soignants et professionnels de l'aide à domicile pour une offre de soins et de support plus cohérente pour une population dans une zone géographique définie. C'est notamment l'objectif des SISD et des cercles de médecins généralistes
3. De renforcer la participation de la population à l'amélioration de sa santé et de favoriser une approche de sa promotion de la santé (l'apanage des centres locaux de promotion de la santé - CLPS) de manière coordonnée avec la médecine clinique (voir notamment Jonckheer et al. 2008).
4. De s'intéresser aux déterminants environnementaux de la santé et notamment de faire le lien entre la médecine clinique et le contrôle des risques liés à l'environnement. Ceci n'est certainement pas spontané chez les acteurs classiques de la première ligne (et notamment les médecins généralistes) en Belgique (Pauluis 2007), mais aussi dans des pays où une approche territoriale de la première ligne est beaucoup plus développée (voir notamment une étude en cours de *King's Fund* en Angleterre, Dixon 2010).

7. <http://www.le-gbo.be/document.php?sel=18>.

L'évolution des métiers de la première ligne : des nouveaux métiers spécialisés ou polyvalents ?

Les deux processus de changement présentés ci-dessus (virage ambulatoire et territorialisation) sont étroitement liés à l'émergence ou à la mise en avant de certaines fonctions telles que coordination des soins, gestions de nouvelles formes de financements, activités d'éducation du patient, etc. Ces fonctions ont un impact sur les métiers classiques de la première ligne tels que médecin généraliste, infirmier(e) à domicile, etc. En effet, d'une part ces métiers peuvent absorber ces nouvelles fonctions avec le risque d'avoir moins de temps à consacrer à des fonctions classiques, mais avec le potentiel de renforcer d'autres fonctions. D'autre part, ces nouvelles fonctions peuvent se traduire en nouveaux métiers spécialisés qui pourraient soit marginaliser ou soit mettre plus au centre les métiers classiques (par exemple, la coordination de soins peut soit être organisée à partir de

services hospitaliers, soit sous la supervision du médecin généraliste). On peut ainsi prendre trois exemples de métiers en développement, suite aux deux processus de changement présentés ci-dessus : le gestionnaire de cas, le manager ou administrateur, ou les métiers de promotion de la santé tel que promoteur de la santé en maison médicale

● Le gestionnaire de cas

Le gestionnaire de cas est un professionnel de la santé qui a pour responsabilité d'aider le patient à accéder de manière coordonnée aux différents soins dont il a besoin. Classiquement, ce métier a quasi toujours été combiné au métier de médecin généraliste. Néanmoins, la mise en place de trajets de soins, de projets innovants pour maintenir la personne âgée fragile à domicile, ainsi que l'article 107, ont hypertrophié certaines fonctions spécifiques du gestionnaire de cas :

1. Le transfert de l'hôpital vers le domicile de personnes nécessitant des soins complexes rend le travail de coordination des soins beaucoup plus important que pour un patient « classique ». Le gestionnaire de cas doit alors contacter et planifier les interventions de nombreux prestataires
2. La mise en place de systèmes d'information sur les patients beaucoup plus développés qu'avant et informatisés nécessite de nouvelles compétences pour remplir la fonction de gestionnaire d'information clinique, ainsi qu'un temps accru, non financé à l'heure actuelle.
3. La perte d'autonomie et le déclin fonctionnel des personnes sous traitement demandent du temps au gestionnaire de cas pour qu'il puisse comprendre la demande des patients et expliquer leur prise en charge.

Ces fonctions hypertrophiées ne peuvent plus être remplies entièrement par le médecin généraliste de la même manière qu'avant. Il est de plus en plus appelé à collaborer avec un métier spécifique de gestionnaire de cas. Différentes options sont possibles :

1. L'organisation de trajets de soins et de programmes de prise en charge de groupes





cibles particuliers (personnes âgées fragiles et santé mentale) pourrait aboutir à une spécialisation des gestionnaires de soins (un pour le diabète, un pour les insuffisances rénales chroniques, un pour les personnes âgées fragiles, etc.). Cela risquerait alors de segmenter le premier échelon en autant de programmes de prises en charge de maladies ou de cas complexes. Ce risque pourrait être renforcé par la mise en place de systèmes d'information non compatibles avec le Dossier médical global. De plus, le gestionnaire de cas vient alors s'ajouter dans un environnement où les rôles et les places de chacun sont déjà définis. Le médecin généraliste notamment a un rôle et une place définis et a toujours été le seul à exercer ce rôle « généraliste », donc la collaboration entre les deux métiers ne va pas de soi.

2. La volonté de superposer au maximum les réseaux multidisciplinaires locaux (trajets de soins) avec les SISD et les réseaux de prise en charge de problèmes de santé mentale (art 107) et de personnes âgées fragiles (Protocole 3) pourrait à l'inverse renforcer une approche transversale : on pourrait envisager une équipe de métiers généralistes où chaque membre (infirmier, médecin, kinésithérapeute...), sans devenir spécialiste, acquiert plus de compétences par rapport à un type de cas ou de problème de santé (il devient alors référent de l'équipe, pour le diabète, la prise en charge des personnes âgées, etc., tout en gardant ses fonctions « généralistes »).

● Le manager ou coordinateur de systèmes ou réseaux de soins

La mise en place d'institutions (comme les maisons médicales) ou de réseaux organisés en systèmes (les SISD, les réseaux multidisciplinaires de soins pour les trajets de soins, les réseaux de prise en charge de personnes âgées fragiles, etc.) implique des tâches administratives et de concertation entre institutions de plus en plus lourdes. Les métiers de « soins » ne sont plus à même de remplir ces tâches, au risque de ne plus

pouvoir prester des soins. Des nouveaux métiers sont donc en train de naître au premier échelon, tels que gestionnaire de maison médicale, coordinateur de SISD ou gestionnaires de projet Protocole 3, etc. A nouveau, et en fonction de changements en cours dans le système de santé, différentes options sont possibles :

1. Un coordinateur de SISD peut en même temps administrer des trajets de soins ou des projets en santé mentale. Cette manière d'organiser la gestion de différents projets / programmes favorisera bien sur l'interaction entre ces projets / programmes.
2. Un coordinateur peut être impliqué dans la réflexion sur l'organisation de soins et interagir étroitement avec des prestataires. Il peut aussi gérer une tellement grande entité qu'il risque de se déconnecter de la réalité de l'offre de soins. Cette manière de structurer ce type de métier peut alors générer des conflits tels que ceux observés en Angleterre entre les managers de « trusts » (équivalent lointain des SISD) et les prestataires de soins.

● Les métiers en rapport avec la promotion de la santé tel que promoteur de la santé en maison médicale

L'importance accrue donnée à la promotion de la santé et le lien avec la médecine clinique mettent en avant des fonctions d'éducation du patient, de participation de la population, d'interaction avec les autorités locales et éventuellement d'étude de l'environnement. Une fois de plus, ces fonctions ne peuvent plus être complètement assurées par les métiers traditionnels (médecins, infirmiers, etc.). En conséquence, de nouveaux métiers naissent, soit dans une logique de spécialisation, soit dans une logique territoriale.

1. La mise en place de trajets de soins a abouti à la création d'éducateurs spécialisés dans la prise en charge de personnes souffrant d'une maladie précise (par exemple les éducateurs diabète).
2. A l'inverse les maisons médicales ont des animateurs de projets de santé communautaire. Ceux-ci, en collaboration

avec l'équipe de la maison médicale, développent des projets communautaires dans un espace géographique et avec une population bien délimitée.

Conclusion

Ces quelques exemples de transformation du système de santé et d'émergence de nouveaux métiers ont pour objectif de montrer les différentes directions que pourrait prendre la première ligne de demain. En ce qui concerne les métiers, une tension très nette existe entre créer de nouveaux métiers chaque fois plus spécialisés dans un domaine précis ou transformer les métiers traditionnels de la première ligne, au risque de donner moins d'importance à des fonctions traditionnelles mais vitales. ●

Références

- « Le « lien social » et la santé », *Bruxelles Santé* (11) 8-13, 1998.
- Bourgueil Y., « Le choix de l'assurance sociale et de l'organisation hospitalo-centrée de l'offre de soins : Deux orientations historiques qui expliquent le faible développement des soins primaires en France », *Santé conjugulée* [37], 37-40, 2011.
- Dixon A., (*Should clinicians be responsible for the population as well as individuals ?*), 2010.
- Heymans I., « Collaboration médecins généralistes et spécialistes au profit du patient : perspectives », *Minerva*, 11, (9) 125, 2010.
- Jonckheer P., Hubens V., Laperche J., Prévost M., Legat P., Wathélet T., & Dufour. A : « Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé », *La Revue de la Médecine Générale* (255) 289-292, 2008.
- Kodner D., "All Together Now : A Conceptual Exploration of Integrated Care", *Healthcare Quarterly* (13(sp)) 6-15, 2009.
- La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal, 2004.
- Mariage O., « Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire », *Santé conjugulée* (52) 2-4, 2010.
- Pauluis J., « Rôle du médecin généraliste dans les maladies liées à l'environnement », *Louvain Médical*, 126, (10) S177-S183, 2007.
- Starfield B., Shi L., & Macinko J., *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. *Milbank Quarterly* [83], 457-502, 2005.
- Tourmen C., "Activity, task, position, occupation, profession : reflection and clarification", *Santé Publique*, 19 Suppl 1, S15-S20, 2007.
- Van der Schueren T., « Spécialisation : la mauvaise voie », *La Revue de la Médecine Générale* (78) 415, 2010.
- Van Hul C. & Celis H., « Le nouveau rôle du médecin généraliste », *Fax Medica* 8-11, 2009.
- van Weel C., De Maeseneer J., & Roberts R., "Integration of personal and community health care", *The Lancet*, 372, (9642) 871-872, 2008.
- World Health Organization 2009, *The world health report 2008 : primary health care now more than ever*.