Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins

Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise

Dr Hélène Dispas

Année académique 2012-2013

Travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en Médecine Générale

Faculté de Médecine de l'Université de Liège

Tuteur : Dr Hubert Jamart (en collaboration avec le Dr André Crismer)
Responsable DUMG: Dr Pierre Firket

« Tant que l'histoire des pratiques collectives ne sera pas racontée par celles et ceux qui la vivent et la construisent, ce sont les historiens qui s'en chargeront »

(D. Vercauteren, « Micropolitiques des groupes », 2011)

Je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur aide dans la réalisation de ce travail, et avant tout Hubert Jamart et André Crismer pour leurs critiques constructives, la patience dont ils ont fait preuve, et leur soutien précieux.

Je remercie l'équipe de la maison médicale La Passerelle qui m'a offert l'opportunité de participer à la construction de ses projets d'avenir et m'a soutenue au long de mon travail, et en particulier les infirmiers qui m'ont aidée à mieux comprendre leur métier.
Merci également aux travailleurs d'autres maisons médicales liégeoises qui ont participé aux groupes interrogés pour cette recherche.
Merci à François Lénelle et Isabelle Heymans qui m'ont guidée dans la clarification de ma question de recherche.

Merci à mon compagnon, mes amis et ma famille pour leurs conseils et leur présence bienveillante et enfin à Laura, pour les heures de travail passées ensemble.

Résumé

Contexte : Le paysage des soins de santé primaires se remanie depuis quelques dizaines d'années dans de nombreux pays. En Belgique, nous faisons face à une pénurie de professionnels et à un questionnement identitaire. Repenser le partage des tâches entre les acteurs de première ligne est une piste souvent proposée pour améliorer l'efficience des soins et la qualité de vie des professionnels. Le contexte de travail d'un centre de santé pluridisciplinaire se prête à une recherche ancrée dans la pratique de terrain. Le sujet de cette recherche est le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers. Les objectifs étaient d'explorer des expériences belges et étrangères, et d'en retirer des pistes applicables dans un centre de santé intégré en région liégeoise.

Méthodologie : Le travail a été mené en deux étapes. La partie théorique se basait sur une recherche bibliographique. La partie pratique se basait sur l'interrogation de deux groupes de professionnels de terrain originaires de maisons médicales dans la région liégeoise (infirmiers et médecins généralistes), ainsi que sur la participation à un groupe de travail au sein du centre de santé dans lequel j'effectue mon assistanat.

Résultats : Une liste d'expériences de partage des tâches entre médecins et infirmiers dans les maisons médicales liégeoises a été dressée et quelques exemples internationaux ont été mis en évidence. Les freins, leviers, avantages et inconvénients de ces pratiques ont été relevés. Des pistes applicables au contexte d'un centre de santé intégré ont été dessinées.

Discussion : Il ressort de la recherche que de nombreux facteurs contextuels influencent les expériences de partage des tâches mises en place en Belgique et à l'étranger et que chacun de ces facteurs peut être discuté selon plusieurs points de vues (patients, professionnels, autorités politiques). Les expériences sont peu transposables d'un contexte à l'autre, et si l'enrichissement que l'on peut tirer des exemples externes est important, chaque situation doit partir d'une analyse des besoins locaux et tenir compte avant tout des acteurs qui la construisent. Les pistes dessinées doivent être détaillées pour être adaptées à un centre de santé particulier.

Mots-clefs : *partage des tâches, substitution, complémentarité, « skill-mix », médecin généraliste, infirmier(e), subsidiarité.*

Définitions

Soins de santé primaires : la définition de base, la plus ancienne, est celle de l'OMS : « premiers lieux de rencontre entre la demande de soins de l'individu et l'offre de services du système sanitaire, ils représentent le niveau d'accès aux soins le plus proche des patients. Une utilisation cohérente des soins de santé primaires permet de satisfaire la grande majorité des besoins de la population (90%) : ce niveau de soins est accessible à tous sans exception ni restriction, à un coût que l'individu et la collectivité peuvent assumer ». Certains spécialistes en santé publique intègrent l'hôpital de référence dans les soins primaires.

Première ligne de soins : dans ce travail, je l'emploierai comme synonyme de « soins prodigués par les intervenants à la base du système de santé » : médecins généralistes, et autres intervenants du secteur ambulatoire (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.).

Centre de santé « intégré » : fait référence à la coexistence et à l'interaction, au sein de la même pratique, des soins curatifs, préventifs, et de promotion de la santé.

Maison médicale : Les maisons médicales francophones (environ 80 en 2011) et leurs homologues néerlandophones, les wijkgezondheidscentra (environ 20 en 2011) sont des centres de santé intégrés de la première ligne de soins en Belgique, pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, accueillants, assistants sociaux, psychologues,…). Leur financement se fait selon deux modes différents. Soit à l'acte, soit, le plus souvent, au forfait, calculé sur base de la consommation nationale de soins. Dans ce cas, les soins dispensés par le médecin, le kinésithérapeute et l'infirmier sont entièrement pris en charge par l'INAMI. Elles fonctionnent selon un principe d'autogestion (participation de tous dans la gestion), une non-hiérarchisation, mais également un partage des responsabilités et une solidarité parmi les travailleurs [1].

Virage ambulatoire *:* « Les limites dans les financements disponibles pour les soins de santé, mais aussi la volonté de désinstitutionnaliser une série de problèmes de santé (…) motivent un transfert de la prise en charge de cas « complexes » du secteur institutionnel et hospitalier vers le secteur ambulatoire des soins, ce qu'on appelle parfois le « virage ambulatoire » » [2].

« Skill-mix » : « éventail des qualifications » du personnel de santé, expression générique anglo-saxonne utilisée dans les moteurs de recherche pour définir la répartition des compétences entre différents professionnels. « *Un projet de skill-mix consiste à revoir le mode d'organisation du travail, d'une prise en charge du patient entre différentes professions de santé de sorte que les tâches et rôles de ces professionnels sont redéfinies*» [3].

Délégation/transfert de tâches : le terme « délégation » est utilisé par certains auteurs en opposition au mot « transfert » de tâches. « *Dans le cas de la délégation, la responsabilité des actes repose sur le professionnel qui délègue (…). En revanche, dans le cas des transferts de compétences vers un autre professionnel de santé, c'est ce dernier qui devra assumer la responsabilité de ses actes* » [Coumau, 2005 cité par [3]].

Liste des abréviations

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique)

HAS : Haute Autorité de Santé (France)

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and academic associations of general practitionner/family physicians

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

ACN : Association belge des praticiens de l'art infirmier (anciennement association catholique)

FNIB : Fédération Nationale des Infirmières de Belgique

SIDIIEF : Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone

SSMG : Société scientifique de médecine générale

FMM : Fédération des Maisons Médicales

IGL : Intergroupe liégeois des maisons médicales

DSI : Dossier de santé informatisé

DMG : Dossier médical global

Tables des matières

Introduction ..... - 1 -

Méthodologie ..... - 2 -

Résultats ..... - 5 -

1/ Synthèse de la recherche bibliographique ..... - 5 -

1.1 Expériences belges et étrangères ..... - 5 -

1.2 Recherche de pistes : quatre propositions ..... - 7 -

1.2.1 Partage des tâches autour du « DMG+ » ..... - 8 -

1.2.2 Partage des tâches dans le suivi des personnes âgées fragiles ..... - 8 -

1.2.3 Partage des tâches de coordination, la fonction de « gestionnaire de cas » ..... - 9 -

1.2.4 Partage des tâches autour de fonctions cliniques, les pratiques avancées ..... - 9 -

2/ Synthèse des entretiens de groupe ..... - 9 -

3/ Leviers et freins au partage des tâches ..... - 13 -

4/ Avantages et inconvénients du partage des tâches ..... - 13 -

Discussion ..... - 16 -

1/ Interprétation des résultats ..... - 16 -

1.1 Leçons des expériences belges et étrangères ..... - 16 -

1.2 Opinion des professionnels sur les quatre pistes proposées ..... - 18 -

1.2.1 Partage des tâches autour du « DMG+ » ..... - 18 -

1.2.2 Partage des tâches dans le suivi des personnes âgées fragiles ..... - 19 -

1.2.3 Partage des tâches de coordination, la fonction de « gestionnaire de cas » ..... - 19 -

1.2.4 Partage des tâches autour de fonctions cliniques, les pratiques avancées ..... - 20 -

1.3 Freins et leviers au partage des tâches ..... - 20 -

1.3.1 Démographie des professionnels ..... - 20 -

1.3.2 Cadre légal et nomenclature ..... - 22 -

1.3.3 Formation ..... - 24 -

1.3.4 Volonté politique ..... - 27 -

1.3.5 Modes de pratique ..... - 28 -

1.3.6 Culture et dynamique d'équipe ..... - 29 -

1.3.7 Disponibilité des moyens technologiques ..... - 29 -

1.3.8 Croyances et représentations des professionnels et des patients ..... - 29 -

1.3.9 Le temps ! ..... - 32 -
1.4 Avantages et inconvénients du partage des tâches ..... - 32 -
1.4.1 Point de vue des autorités politiques : efficience ? ..... - 33 -
1.4.2 Point de vue des professionnels ..... - 38 -
1.4.3 Point de vue des patients ..... - 40 -
2/ Limites et biais ..... - 40 -
2.1 Limites des études consultées ..... - 40 -
2.2 Limites de ma recherche ..... - 42 -
3/ Contexte général ..... - 42 -
4/ Ethique ..... - 44 -
5/ Apprentissage personnel ..... - 49 -
Perspectives d'avenir ..... - 50 -
Bibliographie ..... - 52 -
Annexes .....

Introduction

Le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers est un sujet d'actualité. A l'heure où l'on parle de « virage ambulatoire » des soins de santé en Belgique, renforcer la première ligne de soins est une priorité de santé publique pour faire face aux nouveaux enjeux de notre société [4][5]. Paradoxalement, la pénurie grandissante des professionnels de cette première ligne, principalement des médecins généralistes et des infirmiers, amène à repenser l'organisation tout entière des soins primaires. L'une des pistes pourrait être de réfléchir aux rôles de chacun, afin non seulement de répartir mieux les compétences, mais aussi et surtout d'augmenter la qualité des soins proposés tout en rendant ces deux professions plus attractives et valorisées.

D'une manière plus générale, la réorganisation de la première ligne doit tenir compte de l'ensemble des métiers qui la composent. En effet, on ne peut pas proposer un partage des tâches entre médecins et infirmiers, sans penser par exemple à la collaboration entre infirmiers et aides-soignants. Il faudra également intégrer dans la réflexion le développement de nouvelles fonctions pour la première ligne [2], ce qui sort du cadre de ce travail.

Je me suis intéressée à ce sujet car la nécessité d'une réorganisation est devenue une évidence dans ma pratique quotidienne. Je travaille dans un groupe pluridisciplinaire en région urbaine, et nous sommes confrontés à une situation de pénurie de médecins généralistes. Notre équipe a proposé, entre autres solutions, d'augmenter le partage des tâches entre les différentes catégories professionnelles, et principalement entre les médecins et les infirmiers.

J'ai rapidement mis ces faits en lien avec l'expérience que j'ai vécue au Québec lors d'un stage de médecine générale durant ma dernière année d'études. J'y ai été très impressionnée par les « infirmiers de pratique avancée » que j'ai côtoyés. Je les ai en effet vus gérer des consultations de « premier recours », des campagnes de santé communautaire, des actes habituellement confiés aux médecins en Belgique. J'ai également pu voir les médecins généralistes œuvrer dans des domaines ici souvent réservés aux spécialistes : l'obstétrique, la pédiatrie générale, la petite chirurgie, les psychothérapies…J'y ai vécu un véritable « choc médico-culturel » qui m'a amenée à me poser beaucoup de questions.

Je me suis dès lors intéressée, dans ce travail de fin d'études, aux pratiques de collaboration entre médecins et infirmiers en première ligne de soins (en Belgique et dans d'autres pays), et aux résultats de ces pratiques sous plusieurs aspects.

L'objectif de ce travail était :

- d'élaborer une synthèse non exhaustive des connaissances théoriques et des exemples d'expérimentations concernant le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins à l'étranger et en Belgique ;
- de proposer des pistes applicables au contexte belge, et plus particulièrement au contexte d'un centre de santé intégré, pour renforcer le partage des tâches entre infirmiers et médecins.

Méthodologie

Ma recherche s'est construite sur la base *d'une partie théorique* comprenant :

-une recherche documentaire dans la littérature internationale par l'interrogation des bases de données accessibles sur Internet via Google Scholar, et les moteurs de recherche Pubmed, CEBAM, et CisMef. Pour réaliser cette recherche, les mots clés utilisés ont été : *skill-mix, task shifting, substitution, transfert de compétences, partage de tâches, collaboration, délégation de tâches.* J'ai utilisé les termes *primary care, efficacy, efficiency, effectiveness, doctor, general practitioner, nurse, soins primaires, première ligne de soins, efficacité, efficience, médecin généraliste, médecin de famille, infirmier (-ère)* comme « variables » des mots-clefs précités.

-une consultation de la littérature grise fournie par des organismes concernés par la démographie médicale, la première ligne de soins, et le partage des tâches, à savoir le KCE, l'INAMI, le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, la HAS, l'OMS, la WONCA, l'OCDE, la Fédération des maisons médicales, des associations de professionnels de la santé (ACN, SIDIIEF, FNIB, SSMG).

-J'ai également consulté des **travaux de synthèse déjà effectués sur le sujet** : mémoires ou travaux de fin d'étude d'étudiants français et suisses, travaux de synthèse réalisés par des universités ou par des particuliers concernés par le sujet, en Belgique ou à l'étranger.

Au terme de cette recherche, j'ai réalisé un travail de **synthèse théorique** des connaissances que j'avais acquises.

J'ai également construit mon travail sur la base d'*une partie pratique*, comprenant :

-La rencontre de plusieurs personnes ressources qui m'ont aidée à avancer dans ma recherche (Isabelle Heymans, *secrétaire générale de la Fédération des Maisons Médicales*, Jacques Morel, *médecin et député ECOLO au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles*, François Lénelle, *infirmier en maison médicale, impliqué dans des recherches sur le partage des tâches,...*) ;

-La rencontre de deux groupes de professionnels de terrain en région liégeoise :

- un groupe d'infirmiers de maisons médicales *(le « Groupe Prévention » de l'Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales (IGL))*, le 17/04/13 (8 personnes)
- un groupe de médecins *(GLEM (Groupe Local d'Evaluation Médicale), tous originaires de maisons médicales de la région de Liège)*, le 23/04/13 (13 personnes)

La méthode d'entretien s'est inspirée du groupe focalisé (*focus group*). Pour les deux réunions, une première partie a été consacrée à un partage d'expériences et d'idées sur la base de quatre questions (1/ Quelles sont les expériences (présentes ou passées) de partage des tâches dans votre maison médicale dont les résultats vous paraissent positifs ? 2/ Quelles sont les expériences que vous avez tentées et qui ont moins bien fonctionné ? 3/ Y a-t-il des expériences qui ont été « réellement » évaluées (méthodologie précise) ? 4/ Quelles sont vos idées pour le futur ?).

Dans une deuxième partie, j'ai proposé quatre pistes de réflexion issues de ma recherche et j'ai pris l'avis des professionnels sous forme de tableaux à compléter pour chaque piste, reprenant « les freins, les leviers, les avantages, les inconvénients ». Pour le groupe de médecins, cet avis a été recueilli en direct (j'ai élaboré les quatre tableaux avec eux). Pour le groupe d'infirmiers, disposant de moins de temps, j'ai remis un questionnaire aux participants avec les quatre tableaux qu'ils ont chacun complété après la réunion (**Annexe I**). Ils

disposaient également d'un document reprenant une description des pistes (qui sera consultable par le jury le jour de la défense).

Les deux séances ont été enregistrées, et j'y ai pris des notes. Les enregistrements ont été intégralement écoutés pour compléter les notes. Ils seront conservés puis effacés 10 jours après la délibération du jury. Il faut signaler que deux médecins étaient présents à la réunion des infirmiers, leurs opinions ont été placées avec celles des médecins, et qu'un infirmier (mon collègue) était absent le jour de la réunion mais a eu la présentation « en privé » le lendemain. Son opinion est placée avec celles des autres infirmiers.

Enfin, en parallèle de ce travail, j'ai participé à un **groupe de réflexion** au sein de ma maison médicale (« La Passerelle », quartier d'Outremeuse à Liège), baptisé le « groupe coordination des soins ». Ce groupe a notamment pour but de réfléchir aux collaborations pluridisciplinaires. Avec une collègue infirmière, nous avons pour mission de rédiger des protocoles de mise en pratique des pistes de collaboration entre médecins et infirmiers, sur base des idées des travailleurs de la maison médicale, et de mon travail de fin d'études.

Le tableau I résume le calendrier de ma recherche.

Tableau I. Calendrier de la recherche.

	2012		2013		
	09-10	11-12	01-02	03-04	05-06
Recherche bibliographique	■	■	■		
Rencontre de personnes ressource	■	■	■		
Clarification de la question de recherche	■	■	■		
Synthèse de la bibliographie			■	■	
Entretiens de groupes				■	
Synthèse des résultats				■	■
Discussion				■	■
Rédaction et mise en page			■	■	■
Groupe « coordination des soins » à la Passerelle			■	■	■

Résultats

1/ Synthèse de la recherche bibliographique

1.1 Expériences belges et étrangères

La réflexion sur le partage des tâches entre médecins et infirmiers en première ligne de soins s'est organisée et mise en pratique dans beaucoup de pays, et ce, parfois depuis de nombreuses années. Les expériences publiées les plus larges et les plus anciennes concernent le monde anglo-saxon (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni), même si beaucoup d'autres pays européens se sont engagés sur cette voie depuis une vingtaine d'années.

Dans certains endroits, les compétences infirmières ont été peu à peu étendues dans les programmes de formation et dans la législation, dans une optique d'amélioration de l' « efficience » des soins (meilleure qualité à moindre coût). Cette extension va parfois jusqu'à la possibilité pour les infirmiers d'accéder à une « pratique avancée », titre qui leur permet d'augmenter leurs compétences cliniques et diagnostiques et parfois même de devenir prescripteurs dans des cadres bien délimités. Deux modes principaux de partage des tâches sont à distinguer :

-la *substitution* (confier une tâche classiquement « médicale » à un infirmier, dans une logique de remplacement), qui correspond aux concepts de transfert ou de délégation des tâches.

- la *complémentarité* (réorganiser la prise en charge de « types de patients » ou de pathologies, en réfléchissant à la collaboration qui peut s'installer entre un médecin et un infirmier), qui est décrite par certains auteurs comme faisant partie d'une logique de diversification de l'offre de soins (extension des services offerts).

Le tableau II propose une synthèse des expériences de plusieurs pays. Il met en évidence que la réflexion sur le partage des tâches entre médecins et infirmiers n'est qu'une partie d'une réorganisation globale des soins, qui implique un partage des tâches ou une substitution entre plusieurs autres professions.

Tableau II Comparaison des modes de pratique entre différents pays européens et nord-américains.

	Collaboration médecin/ infirmier en première ligne	Modes majoritaires de pratique de la médecine générale	Pratiques avancées (+prescription limitée)	Exemples de pratiques infirmières originales (première ligne)	Collaboration médecin/ infirmier en deuxième ligne[1]	Collaboration généraliste(MG)/ Spécialiste (MS)	Exemples d'autres substitutions
Belgique	**Oui** Complémentarité	**Solo / Groupes monodisciplinaires**	**Non**	Expériences des maisons médicales	**Oui** limitée (ex : PIT[2])	Limitée	Limitée (infirmier => personnel moins qualifié)
Royaume-Uni	**Oui ++** Complémentarité / substitution	**Gr. pluridisciplinaires** Gate-keeping[3]	**Oui ++ Prescription**	District nurses, Health visitors NHS direct, Wak-in-centers[4]	**Oui ++**	Oui	Infirmier => personnel moins qualifié Médecin => pharmacien
Allemagne	**Peu** (en cours) (+ assistants médicaux)	**Solo/ Groupes monodisciplinaires** Inscription obligatoire chez généraliste ou spécialiste	**Non**	« Services communautaires infirmiers » (autonomes) spécialisés dans le soin à domicile pour les personnes dépendantes		En cours (centres ambulatoires avec MS et MG)	Médecin généraliste => assistant médical
Pays-Bas	**Peu** (en cours) (+ assistants médicaux)	**(Solo) Groupes monodisciplinaires** Gate-keeping	**Oui** (orientation et éducation, pas de diagnostic)	Infirmiers spécialisés en tabacologie, conseillers en santé sexuelle	**Oui**	Oui (en cours)	Infirmier => personnel moins qualifié Gynécologue=>sage-femme
Italie	**Peu** (en cours)	**Solo/ Gr. monodisciplinaires** Gate-keeping (MG / pédiatre)	**Non**	Développement de « groupes de soins primaires » avec rôles étendus des infirmiers			
Suède	**Oui ++** Compl./ substitution	**Gr. pluridisciplinaires**	**Oui ++ Prescription**	Recherche et développement	**Oui**	Oui	
Finlande	**Oui ++** Compl. / substitution	**Gr. pluridisciplinaires**	**Oui**	Soins aux mères et aux enfants, Santé publique, planning familial, médecine du travail	**Oui**	Oui (centres ambulatoires avec MS et MG)	
Canada (Québec/ Ontario)	**Oui** Compl. / substitution	**Gr. mono ou pluridisciplinaires**	**Oui Prescription**	Liaison 1ere/2eme ligne Développement de GMF[5] Ordonnances collectives	**Oui**	Intégration de MS dans les cabinets de groupes	Infirmier qualifié => personnel moins qualifié Médecin => pharmacien
Etats-Unis (variantes entre Etats)	**Oui++** Compl./ substitution		**Oui Prescription**	Prescriptions d'incapacités de travail	**Oui ++**		

[1] Des exemples de collaboration médecins/infirmiers en deuxième ligne sont donnés dans l'**Annexe II**

[2] Paramedical intervention team, services mobiles d'urgence composés au minimum d'un ambulancier et d'un infirmier spécialisé en soins urgents, se substitue au SMUR dans certains cas

[3] Le gate-keeping est une pratique qui consiste à rendre obligatoire le passage (ou l'inscription) chez le médecin généraliste (« gate-keeper » (« gardien de porte »)) pour avoir l'accès aux soins spécialisés.

[4] **District nurse** : formation spécifique pour intervention au domicile, auprès des communautés. **Health visitors** : suivi au domicile des mères et des enfants. **NHS direct :** service de garde téléphonique 24H/24 géré par des infirmiers assistés par un logiciel d'aide au diagnostic. **Walk-in centers :** centres créés en 2000 dans les endroits fréquentés (supermarchés, métro…) ouverts 7j/7. Consultation infirmière sans rendez-vous pour problèmes de santé mineurs, actions de promotion de la santé ou informations sur les autres services de soin.

[5] Groupes de Médecine de Famille (créés en 2000), constitués d'une dizaine de médecins et d'infirmiers de pratique avancée. Objectifs : soins globaux, accessibles et intégrés. Inscription volontaire des patients. L'objectif du ministère québécois de la santé est qu'à terme 80% de la population soit inscrite dans un GMF. Equivalent en Ontario = *Family Health Groups*.

On peut définir quatre domaines dans lesquels les compétences des infirmiers sont en développement ou en voie de réorganisation :

-*Les fonctions centrées sur la promotion de la santé* : les infirmiers réalisent des bilans de santé, font de l'éducation au patient, des actions de dépistage, en accord avec des protocoles établis avec les médecins. Au Royaume-Uni, cette fonction est communément acceptée comme un rôle infirmier, et se pratique depuis de nombreuses années. Beaucoup d'expériences sont en cours dans ce domaine, notamment en France et en Belgique.

-*Les fonctions spécialisées pour des groupes cibles particuliers* : les infirmiers diversifient leurs activités en proposant des consultations dédiées à la prise en charge de maladies chroniques. Il ne s'agit pas d'une simple délégation de tâches mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies. Au Royaume-Uni, la plupart des expériences portent sur l'asthme et les problèmes cardio-vasculaires. Dans beaucoup d'autres pays, dont la Belgique, des expériences sont en cours notamment concernant le partage des tâches dans la prise en charge du diabète II. Les infirmiers peuvent aussi être en charge d'un type de population particulier (les personnes âgées, les sans-abris, les jeunes mamans,…).

-*Les fonctions d'organisation et de coordination* : les infirmiers jouent un rôle proactif dans l'organisation des soins et la coordination des différents intervenants autour d'un patient. Ils gèrent les commandes de matériel ou la pharmacie d'un cabinet, jouent le rôle de « liaison » entre hôpital et domicile ou trient les appels téléphoniques.

-*les fonctions cliniques polyvalentes*: les infirmiers jouent un rôle clinique étendu, autour de patients multi-morbides ou lors de consultations « tout venant » (dans ce cas, ils ont souvent une formation en « pratique avancée »).

1.2 Recherche de pistes : quatre propositions

Grâce à ma recherche, j'ai pu développer un exemple de piste par type de fonction. Certaines pistes sont des idées pour améliorer des procédures qui existent déjà. D'autres sont des pistes à développer éventuellement dans l'avenir.

1.2.1 Partage des tâches autour du « DMG+ » *(Promotion de la santé)*

Le dossier médical global (DMG) est un outil proposé aux médecins généralistes et aux patients depuis une quinzaine d'années en Belgique. Son but est d'une part inciter la population à se « fidéliser » à un médecin généraliste, et d'autre part inciter le médecin à tenir un dossier en ordre où sont consignées les informations les plus pertinentes concernant le patient, dans une démarche visant à améliorer la qualité des soins. Des avantages financiers sont offerts au patient et au médecin qui décident ensemble de se « lier » par le DMG. Depuis avril 2011, un volet préventif à été ajouté au DMG, qui prend alors le nom de « DMG+ » et concerne la population de 45 à 75 ans. Moyennant un complément financier au DMG classique (environ 10 euros/an/patient), le médecin s'engage à aborder six items préventifs avec son patient sur une période de 3 ans, sans obligation de résultat. Les items sont : état général et hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation,…), risque cardio-vasculaire, dépistage de certains cancers, vaccination, dépistage biologique de maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, hyperlipidémie), et santé mentale. Si le DMG+ est conçu à la base comme un outil pour le médecin généraliste, les tâches qu'il contient peuvent facilement être partagées entre différents acteurs de première ligne. Pour beaucoup d'entre elles, c'est déjà le cas dans certains centres pluridisciplinaires liégeois (ex : la vaccination). La piste que je propose est d'affiner et de systématiser la collaboration autour de ces items. Pour cela, en concertation avec mes collègues (dans le cadre du groupe « coordination des soins »), et sur base d'une recherche sur internet[6] , j'ai élaboré un document pratique d'utilisation du DMG+ en équipe pluridisciplinaire (**Annexe III**). Sur base de cet outil, j'ai demandé l'avis des professionnels sur le fait de confier aux infirmiers un rôle proactif dans la promotion de la santé.

1.2.2 Partage des tâches dans le suivi des personnes âgées fragiles

(Fonction ciblée sur un groupe spécifique)

Le vieillissement de la population pose le problème d'une demande croissante de soins à domicile de bonne qualité, alors que l'offre médicale est insuffisante. Le partage des tâches entre médecins et infirmiers est une piste de solution, qui est déjà appliquée dans beaucoup de centres pluridisciplinaires liégeois. Sur base de quelques travaux qui ont retenu mon attention

[6] Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), http://www.medihomejournal.eu/ssmg/MoviePage/tabid/455/language/fr-FR/Default.aspx?movid=219, e-learning sur le DMG+, consulté le 10/04/13 / Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), http://www.inami.be/care/fr/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm, informations sur le dossier médical global, consulté le 10/04/13

(référencés et brièvement explicités dans l'**Annexe IV**), ma collègue infirmière et moi avons élaboré un organigramme de répartition des tâches entre les intervenants d'une équipe pluridisciplinaire (**Annexe V**). Sur base de cet outil, j'ai demandé l'avis des professionnels sur le fait de confier aux infirmiers un rôle proactif dans le suivi des personnes âgées fragiles à domicile.

1.2.3 Partage des tâches de coordination, la fonction de « gestionnaire de cas »

(Organisation des soins)

Il s'agit d'une « nouvelle fonction » proposée pour venir en aide au médecin dans la gestion des « cas complexes », c'est-à-dire des personnes présentant certaines fragilités (liées à leur âge, à de multiples pathologies, à des problèmes sociaux, mentaux,...). Un rapport récent du KCE [4] recommande de développer ce rôle, et de le faire jouer par des infirmiers (mais ce n'est pas la seule option). La fonction n'est pas définie précisément. Elle recouvrirait une partie « clinique » : aider le médecin à rédiger des objectifs et un plan de soins, et veiller à sa mise en application avec réévaluation régulière, et une partie « organisationnelle » : coordonner les intervenants, organiser des concertations, planifier les rendez-vous et les échéances, etc. Sur base d'extraits de plusieurs sources, j'ai élaboré un document décrivant la fonction (**Annexe VI**). Je me suis appuyée sur ce document pour recueillir l'avis des professionnels sur l'idée de faire jouer ce rôle à un infirmier.

1.2.4 Partage des tâches autour de fonctions cliniques, les pratiques avancées

(Fonction polyvalente)

J'ai proposé aux professionnels de donner leur avis sur le fait de développer des pratiques avancées en Belgique, en permettant aux infirmiers de faire des consultations « tout venant ».

L'opinion des acteurs de terrain sur les quatre pistes et d'une manière générale sur le partage des tâches est détaillée dans la discussion.

2/ Synthèse des entretiens de groupe

Le partage des tâches entre médecins et infirmiers est un sujet qui intéresse les professionnels de terrain. Les groupes que j'ai interrogés avaient choisi ce thème spontanément, j'ai été invitée à greffer mon travail sur leurs projets, ce qui a permis un échange volontaire et dynamique. Le tableau III reprend les expériences partagées lors des entretiens de groupe.

Tableau III. Exemples de tâches accomplies par les infirmiers dans plusieurs maisons médicales liégeoises.

En gras : expériences qui ont bénéficié d'une évaluation avec une méthodologie précise

FONCTIONS CENTREES SUR LA PROMOTION DE LA SANTE	
Vaccination	Sélection patients-cibles, encodage d'une échéance pour chaque patient dans le dossier de santé informatisé (DSI) (utilisée par le médecin ou l'infirmier), « permanences vaccinations » (consultations spécifiques) (en présence d'un médecin), définition de schémas de rattrapages si nécessaire (=> action individuelle et collective) **Evaluation : vaccination grippe (taux de couverture de la patientèle, moyen le plus efficace pour contacter les patients (lettre vs appel),…)**
Dépistage cancers (sein, colon, col de l'utérus)	Sélection patients-cibles, encodage d'une échéance (DSI), envoi d'une lettre de rappel ou appel au patient si nécessaire (*)
Alimentation	Consultation alimentation (surpoids, risque cardio-vasculaire élevé, diabète…) Animations « alimentation » avec groupes de patients (souvent diabétiques, ou communauté culturelle spécifique,…)
Tabac	Projet d'équipe « Aide à l'arrêt du tabac » (patient rencontre plusieurs intervenants (médecin, infirmier, diététicien,…))
Alcool	Projet d'équipe « interventions brèves » (chaque travailleur est formé à proposer de courts questionnaires aux patients, à « poser la question » de manière appropriée quand l'occasion se présente…)
Prévention cardio-vasculaire	Projet d'équipe « journée du risque cardio-vasculaire » (patient rencontre plusieurs intervenants (médecin, infirmier, kiné,…)) Calcul du risque cardio-vasculaire (SCORE) sur base des données du DSI. Groupes « alimentation » avec patients à risque.
Contraception	Consultation « contraception » (outil : mallette avec du matériel pédagogique)
FONCTIONS SPECIALISEES SUR DES GROUPES-CIBLES PARTICULIERS **(un type de pathologie, un type de population, un type de thérapie)**	
Personnes âgées fragiles	Infirmier est « référent » du patient : passage au domicile plus fréquent que médecin pour tâches infirmières + surveillance clinique (paramètres, autonomie, … (+/- grilles d'évaluation)) => actions préventives. Appel du médecin si nécessaire OU alternance programmée de visites infirmier/médecin (répartition des tâches planifiée). Projet d'une maison médicale : sélection patientèle « fragile » > 65 ans (sur base d'un questionnaire) => réunion medecins-infirmiers / 2 semaines autour de 4 cas => organisation des soins, répartition des tâches entre les travailleurs.

Patients sous injections de neuroleptiques (psychotiques)	Injections à échéances fixes. Si absence du patient : appel téléphonique ou passage au domicile. Infirmier est « référent » du patient (collaboration avec médecin +/- autre travailleur) OU alternance programmée consultation médicale/infirmière
Patients présentant des fragilités mentales	Liste de patients établie en équipe => attribution d'un infirmier « référent » => établissement d'une liste de tâches en fonction des besoins et demandes du patient (*)
Familles en difficultés socio-économiques	Passage fréquent au domicile (parfois avec prétexte (peser l'enfant,…)). Rôle de soutien, conseils, éducation à la santé
Patients sous anticoagulants oraux (Sintrom)	Médecin donne le résultat (INR) à l'infirmier avec consignes (adaptation des dosages) + demande et date de la prochaine biologie. => infirmier : consultation avec patient (ou appel) pour explication des consignes et conseils alimentaires si nécessaire
Diabète	Très nombreux projets sur ce thème, avec variantes d'organisation. Consultations « alimentation » Soins curatifs et/ou préventifs pour le « pied diabétique » Parfois : co-gestion du patient avec médecin : consultation infirmière pour suivi de routine et envoi chez médecin si pathologie déséquilibrée OU alternance programmée consultation médecin/infirmier. Gestion des résultats biologiques (transmis par le médecin), des échéances (fond d'œil,..), prise de paramètres (poids, taille, BMI, tension artérielle), discussion hygiène de vie, représentations et questions du patient. Réalisation d'un ECG « de référence » Dans certaines maisons médicales : rencontres médecins/infirmiers organisées au sujet de certains (ou tous les) patients (ex : révision complète de tous les dossiers une fois/an (=> dépistage des « sur-» et des « sous-» consommateurs, révision des objectifs et du projet thérapeutique). Pour certains infirmiers : formation « trajets de soins » (permet d'éviter de « délocaliser » la prise en charge) Dans une maison médicale : projet de sélection des patients mal équilibrés (HbA1C >9%) => proposition de 4 rendez-vous d' « éducation » avec l'infirmier (projet qui a ensuite été étendu à tous les patients avec diagnostic récent) **Items évalués : faisabilité de la mise en place d'un partage de tâches, satisfaction des patients et des professionnels après une expérience de partage, résultats de l'expérience de « sélection » d'une patientèle-cible > 9% HbA1C (enquêtes téléphoniques, statistiques,…), indicateurs de qualité sur la prise en charge générale de la pathologie (nombre de consultations, nombre de fonds d'œil réalisés,…) (selon la méthode du cycle de qualité)**
Hypertension artérielle (HTA)	Nombreux projets sur ce thème, avec variantes d'organisation.

	Médecin envoie le patient chez infirmier pour confirmation du diagnostic : prise de TA en consultation sur plusieurs jours, ou prêt d'un tensiomètre (+éducation). Récolte des résultats, et analyse avec le médecin. Ou suivi occasionnel chez patient sous traitement (contrôle) Ou suivi plus régulier en cas de déséquilibre (aide le médecin à adapter le traitement)
Soins de plaies	Infirmier autonome (conseil médical occasionnel si nécessaire) (obstacle identifié = prescrit médical obligatoire pour le matériel)
Soins palliatifs	Infirmier « référent » (appel du médecin si nécessaire) ou système d'alternance de visites médecin/infirmier. Collaboration++
Insuffisance veineuse	Mesures et commande de bas de contention + conseils (après diagnostic médical)
FONCTIONS CLINIQUES POLYVALENTES	
Patients « chroniques » (souvent multi-morbides) à domicile	Infirmier « référent » (gestionnaire de cas) => passage régulier au domicile, et appel du médecin si nécessaire ou alternance programmée médecin/infirmier. Tenue d'un dossier d'observations, organisation de concertations entre intervenants.
Première anamnèse	Inscription d'un nouveau patient à la maison médicale avec anamnèse médico-sociale (éléments de santé, échéances préventives, mais aussi contexte familial, aides sociales, composition de la famille,…) **Procédure d'évaluation en cours**
FONCTIONS DE COORDINATION ET D'ORGANISATION DES SOINS	
Liaison hôpital-domicile	Visite à un patient hospitalisé, rencontre de l'équipe du service, échange des informations, organisation du retour du patient (prévision des soins à mettre en place au domicile, …)
Coordination des aides	Coordination des aides socio-familiales autour d'un patient (*)
Tâches administratives	Remplissage des documents pour obtenir une aide sociale (allocations pour handicap,…) avec le patient. Récupération de résultats manquants pour compléter le dossier médical (ex : résultats de frottis de col chez les gynécologues) (*)
Gestion du matériel	Gestion de la pharmacie du cabinet, commandes de matériel, stérilisation des instruments (*)
ACTES TECHNIQUES PARTAGES	
« Médicaux »	Electrocardiogrammes, retrait de points de suture, prises de sang, vaccins, extraction de bouchons de cérumen
« Infirmiers »	Injections de divers produits (neuroleptiques, gonadotrophines (fécondations in vitro)), soins de plaie.

(*) rôles parfois joués par d'autres travailleurs (ex : assistante sociale)

3/ Leviers et freins au partage des tâches

Le tableau IV reprend les leviers et les freins au partage des tâches retrouvés dans la littérature ainsi que ceux mis en exergue par les groupes de professionnels.

4/ Avantages et inconvénients du partage des tâches

Les pays qui ont opéré des changements organisationnels en première ligne depuis plusieurs années ont publié de nombreuses études visant à en évaluer les conséquences, qui sont résumées et confrontées à l'avis des groupes de professionnels dans le tableau V.

Tableau IV. Freins et leviers au partage des tâches

	LEVIERS			FREINS		
	Recherche bibliographique	**Entretiens de groupes**	**Cités par les deux**	**Recherche bibliographique**	**Entretiens de groupes**	**Cités par les deux**
PATIENT	-accroissement de la demande en soins	-adhésion du patient				-croyances et représentations
INFIRMIER	-incitants financiers -évolution des technologies médicales	-Outils de communication adaptés -Temps suffisant -Nomenclature adaptée -Facteur individuel (personnalité et compétence) - culture et dynamique d'équipe (positives) -Efficience démontrée -Protocole de partage bien élaboré	-cadre légal adapté -formation adaptée -adhésion au projet -rémunération au forfait -équipes pluridisciplinaires	-absence d'incitants financier	-Mauvaise connaissance/inadaptation des outils de communication (DSI) -Manque de temps -Nomenclature inadaptée -Facteur individuel (personnalité et compétence) -Culture et dynamique d'équipe (négatives)	-cadre légal inadapté -formation inadaptée -croyances et représentations -rémunération à l'acte -pas de lieu de travail commun médecin/infirmier
MEDECIN	-incitants financiers - évolution des technologies médicales	-Outils de communication adaptés -Manque de temps (besoin d'aide) -Nomenclature adaptée -culture et dynamique d'équipe -Facteur individuel -Efficience démontrée -Protocole de partage bien élaborée	-cadre légal adapté (partage de responsabilité) -adhésion au projet -rémunération au forfait -équipes pluridisciplinaires	-absence d'incitants financier	-Mauvaise connaissance/ inadaptation des outils de communication (DSI) -Manque de temps -Nomenclature inadaptée -Facteur individuel (personnalité et compétence) -Culture et dynamique d'équipe	-cadre légal inadapté -croyances et représentations - rémunération à l'acte -pas de lieu de travail commun
AUTORITES POLITIQUES	-Différence de salaire importante médecin/infirmier	-Efficience démontrée	-volonté de réorganiser la première ligne, d'améliorer l'efficience -Démographie des professionnels (pénurie médecins, infirmiers en nombre) -Gain économique à long terme - Budget « soins de santé » conséquent			-absence de volonté de changement -Démographie des professionnels de santé (pénurie infirmiers (et médecins)) - coût de la réorganisation des soins de première ligne - Crise économique, pas de budget pour les soins de santé

Tableau V. Avantages et Inconvénients du partage des tâches.

	AVANTAGES			INCONVENIENTS		
	Recherche bibliographique	**Entretiens de groupes**	**Cités par les deux**	**Recherche bibliographique**	**Entretiens de groupes**	**Cités par les deux**
PATIENT	**-Satisfaction** identique ou meilleure	-Augmentation de la **disponibilité des médecins pour les patients qui en ont « réellement » besoin** -Diminution du **coût des soins** (à l'acte)	**-Qualité des soins** ? [7] =>Globalité ? =>Intégration ? =>Accessibilité ? =>Continuité ? =>Autres critères ?	**-Diminution de l'accessibilité au médecin** (substitution) **-Perte de la relation privilégiée avec le médecin**	**-Perte de repères** liée à **multiplicité des intervenants**	-Pas de gestion possible des « **demandes cachées** » (substitution)
INFIRMIER	**-gain financier ?**	**-Moins de dépendance vis-à-vis du médecin**	**-Partage du savoir** : Augmentation des compétences de tous / plus de sécurité **-Valorisation** de la profession **-Intérêt intellectuel** **-Changement de paradigme (nouveaux rôles) ?**		**-Temps de coordination et de communication** (nécessité utilisation informatique,…) **-Formation** plus longue et contraignante	**-Augmentation de la charge de travail** **-Changement de paradigme ?**
MEDECIN		**-Partage des responsabilités**	**-Gain de temps ?** **-Diminution de la charge de travail ?** **-Intérêt intellectuel** **-Valorisation du métier** **-Partage du savoir** : Augmentation des compétences de tous / plus de sécurité **-Changement de paradigme ?**		**-Tâches complexes** exclusivement => **lourdeur** **-Perte de la relation privilégiée avec le patient => perte de la vision globale, insatisfaction**	**-Perte de revenus** (à l'acte) **-Changement de paradigme ?**
AUTORITES POLITIQUES			**-Diminution de la demande en médecins** (substitution) - Augmentation de la qualité/diminution du coût => **Efficience ?**		Installation d'un « **assistanat social** »	

[7] Les items accompagnés d'un « ? » sont ceux qui présentent des avantages et des inconvénients ou sont incertains. Ils sont détaillés dans la discussion.

Discussion

1/ Interprétation des résultats

1.1 Leçons des expériences belges et étrangères

L'organisation des soins primaires diffère selon les pays et détermine le rôle et l'activité des professionnels de santé. *« Il n'existe pas une seule et unique manière de procurer des soins de qualité à une population »* [3]. En effet, chaque système de santé est unique et complexe et très peu d'expériences sont transposables telles quelles d'une région à une autre. Avoir une vision de ce qui se passe ailleurs permet simplement de prendre un peu de recul par rapport à son propre système et de s'inspirer d'idées nouvelles.

C'est dans le monde anglo-saxon, à la fin des années soixante, que naissent les premières expériences concernant le partage des tâches entre professionnels de santé (appelées « *skill-mix* » dans la littérature anglophone) [3]. Le but de ces pays est d'améliorer l'efficience de leurs systèmes de soins, en améliorant la qualité (par exemple au Royaume-Uni, dans un contexte de pénurie de médecins [6]) ou en diminuant les coûts (par exemple aux Etats-Unis, dans une recherche de productivité [3][7].

Beaucoup de pays développent de nouvelles fonctions dans le secteur de la santé, ou étendent les compétences de fonctions anciennes[8]. Sont alors créées les « pratiques avancées » pour les infirmiers (*Advanced nursing practise*) [3], formations supplémentaires (majoritairement universitaires) accessibles après le diplôme de base.

Ce terme correspond à plusieurs catégories de métiers, dont les deux principales sont les *infirmiers cliniciens (clinical nurse)*[9] et les *infirmiers praticiens (nurse practitioner)*[10] [8]. Ces derniers ont la vocation de s'adresser directement aux patients. Ils sont formés au diagnostic de certaines situations (ex : les infections « courantes » -otites, gastro-entérites, etc.-), à la

[8] L'**Annexe VII** reprend des exemples d'autres fonctions et de partage des tâches en première ligne

[9] Spécialisation qui correspond à un **développement particulier des savoirs infirmiers**, principalement en milieu hospitalier. Leur but principal est de soutenir et améliorer la qualité des soins infirmiers. Ils ont des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes, de pilotage de démarches de qualité et de formation. Ils agissent dans un domaine spécialisé, en fonction de l'âge du patient (ex : pédiatrie), du cadre (ex : urgences), de la pathologie (ex : asthme, troubles cardio-vasculaires), ou du type de soins (ex : psychiatriques, palliatifs). Ce modèle, particulièrement développé par le Québec (et dans une moindre mesure au Royaume-Uni), s'inscrit dans un processus académique d'autonomisation de la profession.

[10] Appelés parfois aussi *« district nurse »*, en fonction du pays. Cette pratique correspond plutôt à une substitution/complémentarité de la pratique médicale

réalisation de certains actes diagnostiques (ex : frottis de col) ou à la prescription d'examens complémentaires et de médicaments dans un cadre limité (listes et situations-types). Ils exercent parfois des fonctions spécialisées pour certains groupes-cible (suivi de patients diabétiques, asthmatiques,…), des fonctions de promotion de la santé ou de coordination des soins. Ils peuvent pratiquer dans différents contextes en fonction des pays : on les retrouve majoritairement en première ligne en Ontario et au Royaume-Uni (consultations et visites à domicile), en deuxième ligne aux Etats-Unis, et dans les deux contextes au Québec[11] [8][9] [10]. Un des buts de cette pratique est de « libérer du temps au médecin pour lui permettre de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise » [10]. Les fonctions exactes, les formations dispensées et les reconnaissances juridiques de ces infirmiers « de pratique avancée » sont fortement variables d'un pays à l'autre.

La première ligne de soins en Belgique est dominée par une activité médicale « en solo » ou en groupes mono-disciplinaires. Les groupes pluridisciplinaires, dont font partie les maisons médicales, tendent cependant à se développer. Bien souvent, les médecins sont habitués à collaborer avec les infirmiers, même lorsqu'ils ne sont pas « sous le même toit ».

Actuellement, le partage de compétences s'organise plutôt sur un mode de complémentarité que de substitution. Les « pratiques avancées » n'existent pas, bien que les infirmiers aient la possibilité d'obtenir des qualifications complémentaires et des titres particuliers leur permettant de soigner des groupes spécifiques de patients (gériatrie, oncologie et soins palliatifs, diabétologie, psychiatrie…). Beaucoup de ces qualifications ne sont toutefois pas officiellement reconnues par la loi, tandis que d'autres ne donnent droit à aucun avantage financier. En outre, les spécialités sont souvent centrées sur des pathologies (*disease management*) et il n'existe pas de fonction d'infirmier spécialisé dans la pratique polyvalente (approche globale) [4].

J'ai malgré tout été surprise du grand nombre de pistes que j'ai pu trouver en explorant les pratiques de notre pays. J'en ai tiré une leçon : bien souvent, on cherche des exemples lointains et « exotiques », alors que le voisin a des idées bien plus utiles et concrètes, car applicables dans notre environnement proche. Beaucoup de ces pistes m'ont été amenées par les rencontres avec les deux groupes de professionnels, originaires de maisons médicales dans la région liégeoise.

[11] Des exemples de fonctions remplies par les infirmiers en deuxième ligne sont repris dans l'**Annexe II**

1.2 Opinion des professionnels sur les quatre pistes proposées

Lors de l'élaboration des tableaux avec les professionnels, j'ai constaté que la plupart des freins, leviers, avantages et inconvénients cités n'étaient pas spécifiques aux quatre pistes proposées, mais étaient applicables à toute forme de partage des tâches. Dès lors, les quelques points qui sont spécifiques à chaque piste sont détaillés ci-dessous, et la suite de la discussion est orientée de manière « générale » autour du partage des tâches entre médecins et infirmiers.

1.2.1 Partage des tâches autour du « DMG+ »

La piste « DMG+ » a été bien accueillie, les professionnels ont accepté l'idée que la promotion de la santé est un domaine d'action commun (« *les soignants ne sont pas là que pour soigner* » « *le patient qui n'est pas malade aura un contact plus facile avec un infirmier qu'avec un médecin* »)[12]. Les médecins ont signalé qu'ils manquaient de temps pour se consacrer aux tâches préventives, qu'il était donc opportun de les partager avec d'autres travailleurs. Les infirmiers ont cité l'intérêt de la tâche comme un facteur leur donnant envie de l'investir, moyennant une formation adaptée, mais ont trouvé difficile de l'intégrer dans leur pratique (manque de temps, sujet parfois inapproprié,...). Il a été difficile pour les participants de voir le « DMG+ » comme un seul concept, car il contient beaucoup d'items différents. Donner des conseils d'hygiène de vie est très différent d'aborder le dépistage des cancers avec les patients. Les réponses ont varié en fonction du type de tâche proposé, et des envies et compétences individuelles (un médecin a dit : « *ce serait très désagréable de ne plus voir que « les mauvais résultats » des mammographies, je vois mal comment partager cette tâche* »). Les professionnels ont exprimé le souhait d'impliquer d'autres travailleurs dans cette tâche (kiné, accueillant(e), assistant(e) social(e), psychologue…). Les inconvénients soulevés ont été la « perte d'information » qu'il peut y avoir si tout n'est pas consigné précisément dans le dossier informatisé (ou si celui-ci est mal adapté), et le risque de « harceler » le patient si plusieurs intervenants lui répètent le même message. Le besoin d'un outil adapté a été mis en évidence. L'intérêt d'apporter une dimension « collective » à la promotion de la santé a été cité (organisation d'activités avec des groupes de patients rendues possibles par le travail d'équipe). Les groupes ont trouvé qu'organiser la prévention autour du « DMG+ » posait un cadre aidant à mieux systématiser et à éviter les oublis. Ils ont demandé

[12] Une étude relate que les patients trouvent que la promotion de la santé n'est pas toujours du ressort des services de santé. Ils pensent qu'un pair ou un agent communal pourrait jouer le rôle d'initiateur et coordinateur des actions [2].

des précisions quant au cadre légal des tâches à partager, signalant que l'ouverture du DMG+ est un code de nomenclature pour les médecins uniquement.

1.2.2 Partage des tâches dans le suivi des personnes âgées fragiles

Beaucoup de maisons médicales utilisent déjà la collaboration entre médecins et infirmiers pour prendre en charge au mieux cette patientèle. Les travailleurs se sont dits généralement satisfaits des résultats. L'idée de donner plus de responsabilités aux infirmiers a été accueillie avec intérêt mais les groupes ont signalé le besoin de protocoles bien pensés, au cas par cas, pour définir qui fait quoi (peur de la perte d'information ou des oublis) et poser un cadre sécurisant autour de l'infirmier (peur de passer à côté de quelque chose). Ils ont cité l'utilité des outils d'évaluation (grilles). Ils ont signalé comme un frein la difficulté fréquente pour les personnes âgées d'accepter un changement dans leurs habitudes (« *ils veulent garder la relation privilégiée avec leur médecin* »), et parfois l'impression d'être mal vu des familles qui le vivent comme un désinvestissement de la part du médecin.

1.2.3 Partage des tâches de coordination, la fonction de « gestionnaire de cas »

Cette piste recouvre en partie la précédente (être « référent » d'une personne âgée est une forme de gestion de cas). Les réactions à cette proposition ont été différentes d'un soignant à l'autre. Un médecin disait « *c'est mon rôle, pas celui d'un infirmier !* », un autre répondait « *chez nous ça ne pose pas de problème, c'est déjà l'infirmier qui est référent de beaucoup de patients* ». Aucun infirmier n'a refusé catégoriquement de prendre cette tâche, qui est à préciser. Les professionnels ont signalé l'amélioration de la qualité des soins quand la prise en charge des patients « complexes » est systématisée et « supervisée » par un référent. « *L'important, ce n'est pas qui le fait, mais c'est que quelqu'un le fasse* ».

L'aspect légal est considéré comme un frein (« *qui est responsable si une erreur est commise ?* »), ainsi que la difficulté pour un infirmier de s'imposer comme « le gestionnaire » aux yeux de l'extérieur (« *les spécialistes ont l'habitude de communiquer avec les généralistes, pas avec les infirmiers* »). Donner ce rôle à un infirmier a été perçu comme un « changement de paradigme » et a suscité beaucoup de réactions. Ceci sera discuté dans le point « éthique ».

1.2.4 Partage des tâches autour de fonctions cliniques, les pratiques avancées

Le KCE recommande la mise en place d'un accès aux pratiques avancées en Belgique [4]. La discussion sur l'idée de confier des consultations de « premier recours » aux infirmiers a suscité beaucoup de débats. Les professionnels interrogés s'y sont montrés plutôt réfractaires, évoquant le risque de « passer à côté de quelque chose », la perte du lien médecin-patient créé dans le « quotidien », et surtout le « changement de paradigme » que cette proposition engendrerait (cf éthique). Cette piste n'est pas applicable pour l'instant car ni le contexte légal ni la formation des infirmiers ne le permettent.

1.3 Freins et leviers au partage des tâches

Beaucoup de points ont été identifiés dans la littérature et par les groupes comme étant des freins ou des leviers potentiels en fonction du contexte, et cela mérite des éclaircissements.

1.3.1 Démographie des professionnels

La pénurie de médecins ou leur difficulté d'accès dans certaines zones est un important levier favorisant le « *skill-mix* » [3][7][8]. En effet, « la densité médicale des pays semble être liée au plus ou moins grand développement des rôles infirmiers comme le montrent les exemples de l'Italie, de l'Allemagne qui ont une densité médicale élevée et des rôles infirmiers peu développés et ceux du Royaume-Uni et du Canada qui ont une densité médicale plus faible et des rôles infirmiers plus étendus » [8]. On espère pouvoir dégager du temps aux médecins en permettant à d'autres professionnels d'effectuer certaines de « leurs » tâches [11]. Mais « une densité médicale modérée n'est pas systématiquement associée au développement du rôle des infirmiers dans le champ des soins primaires. Dans certains pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce sont d'autres professionnels (assistants médicaux) spécialement dédiés aux médecins qui permettent d'accroître les services rendus par les cabinets de groupe » [8].

La Belgique arrive actuellement à un seuil critique de densité de médecins généralistes. « La capacité médicale (évaluée sur base de la densité de médecins généralistes actifs pour 10.000 habitants) va se réduire rapidement, sans pouvoir être immédiatement renouvelée, ce qui va probablement modifier fondamentalement la manière d'exercer la médecine générale et peut-

être poser des problèmes d'accès[13]. Une nouvelle génération de médecins apparait (…) mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour remplacer la génération plus âgée » [12].
Les jeunes médecins ont un temps de travail moins élevé que les plus anciens et recourent plus à des temps partiels (lié notamment à la féminisation de la profession) [13].

La densité infirmière influence également le « skill mix ». Au Québec, la proportion d'infirmiers exerçant en première ligne est assez élevée si on la compare avec d'autres pays [8] et explique en partie l'étendue de leurs tâches.

En Belgique, le nombre exact d'infirmiers en activité est discuté, comme pour les médecins[14]. La densité d'infirmiers est l'une des plus élevées des pays de l'OCDE. Ils travaillent majoritairement à l'hôpital (environ 60% en 2009). En Fédération Wallonie-Bruxelles, seul un petit pourcentage d'entre eux exerce dans les soins à domicile (environ 12% en 2009). La profession est caractérisée par sa composition majoritairement féminine, la courte durée de ses carrières (moyenne de 15,2 ans dans le secteur des soins à domicile) et le nombre élevé de temps partiels (37% en Wallonie en 2009). Ces caractéristiques expliquent la pénurie relative ressentie par les acteurs de terrain[15]. Celle-ci pose la question des capacités de la profession à absorber ces transferts/partages de compétences.

On pourrait toutefois imaginer que le fait d'augmenter leur champ d'action créerait un « rappel en première ligne » des nombreux infirmiers qui se sont réorientés dans d'autres secteurs[16] en raison de la pénibilité et du manque de valorisation de leur travail.
Il en serait peut-être de même pour la profession de médecin généraliste, très souvent abandonnée pour des raisons de surcharge de travail et de dévalorisation, qui pourrait devenir plus attractive via ces nouveaux modes de fonctionnement [14].

[13] La capacité médicale a longtemps été surévaluée. « Un grand nombre de médecins généralistes agréés ne travaillent pas ou très peu comme médecin généraliste (<1.250 contacts par an). La prise en compte de critères réalistes (équivalents temps plein-ETP ou 1.250 contacts par an) ramène la densité à 9,5 par 10.000 habitants alors qu'elle était estimée dans les rapports internationaux (OCDE) au début des années 2000 à 21,1 » [12].

[14]En 2009, on comptait environ 175.000 infirmiers diplômés selon la Commission de planification de l'offre médicale en Belgique (Lothaire, 2009). Certains auteurs parlaient de 110.000 infirmiers « actifs » (Mengal,2009 ; Lothaire,2009) tandis que l'OCDE estimait ce chiffre à 155.488 en 2005 (OCDE 2009), ce qui selon les sources faisait varier le taux d'infirmiers pour 1000 habitants de 11 pour les premiers à 14.8 pour l'OCDE. L'une des causes de difficultés de comptage est l'existence de plusieurs filières de formation. (**Source** : Fusulier B., Moulaert T. Etre infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone. Les cahiers de recherche du Girsef n°88, février 2012).

[15] Source Fusulier B., Moulaert T. 2012 (cf ci-dessus)

[16] Ce qui concernait environ 9.5% des infirmiers en communauté française en 2009 (activités d'enseignement, centres psycho-médico-sociaux des écoles, croix-rouge, ONE, autres professions) (Source Fusulier B., Moulaert T. 2012)

Il est interpellant de constater que la pénurie de médecins est l'un des leviers principaux du changement, venant bien souvent avant la question de la qualité. Je mets ce constat en lien avec mon expérience personnelle : mon intérêt pour le sujet est né d'une surcharge de travail, c'est l'aide que j'ai cherchée auprès de mes collègues infirmiers qui a enclenché mon questionnement. Très vite, j'ai compris que je n'avais pas abordé le problème par le bon côté, qu'une démarche de collaboration ne pouvait être efficace que dans un souci de qualité et d'amélioration des conditions de travail pour les deux parties. Mes collègues m'ont aidée à comprendre qu'ils n'étaient pas preneurs du « surplus de travail des médecins », qu'ils « ne voulaient pas des tâches que nous, médecins, nous ne voulions plus assumer », mais qu'ils étaient par contre ouverts à une réflexion plus large sur le sens de nos deux métiers et la manière de les articuler au mieux, ce qui est confirmé par plusieurs recherches incluant des acteurs de terrain [2] et par les entretiens de groupe.

Idées essentielles : *La pénurie de médecins généralistes est un levier important, mais le manque relatif d'infirmiers en première ligne en Belgique pose la question de la faisabilité d'un partage des tâches entre ces deux professions. Redistribuer les compétences entre les acteurs de première ligne pourrait augmenter l'attractivité des professions, si on veille à ne pas « donner aux infirmiers ce que les médecins ne veulent plus faire ».*

1.3.2 Cadre légal et nomenclature

Au niveau légal, chaque pays a défini des critères d'exercice et un champ d'activité plus ou moins précis, qui conditionne fortement le type de tâches effectuées et les responsabilités prises par les infirmiers.

En Belgique, les législations qui régissent l'activité des infirmiers sont : l'arrêté royal n°78 de 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, l'arrêté royal de 1990 (liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés, revue à plusieurs reprises), et la nomenclature des soins infirmiers (INAMI). Les actes infirmiers sont classés en trois catégories : les prestations B1 ne requièrent pas de prescription médicale (autonomie des infirmiers) (ex : soins de plaies), les prestations B2 requièrent une prescription médicale (ex : sondage vésical), et les prestations C sont les actes « confiés » (c'est-à-dire qui étaient initialement attribués aux médecins, mais peuvent être effectués par les infirmiers sous surveillance médicale, ex : vaccination). Il n'y a pas de liste d'actes distincte pour la pratique en première ligne, les limites ne sont pas toujours claires entre les champs de compétences de l'infirmier et du médecin.

Plus la définition légale des tâches est souple, plus la marge de manœuvre est large pour les acteurs locaux. Les actes infirmiers ne sont pas repris dans des listes strictes dans tous les pays. Lorsque les actes sont décrits dans divers textes officiels, sans que cela ne prenne la forme d'une nomenclature, le cadre général d'exercice laisse la possibilité d'entamer un partage des tâches sans se mettre en tort aux yeux de la loi.

« En Italie et en Suède, la définition juridique des compétences au travers des actes infirmiers a été abandonnée (…). Le champ de responsabilités est désormais défini par le contenu des profils professionnels et par la formation. Au Canada, un processus général a conduit à la redéfinition de groupes d'actes selon leur dangerosité pour le patient et à la définition des professions faisant l'objet d'une autorégulation. Un même groupe d'actes peut être réalisé par des professions différentes. La définition précise des actes dans chaque groupe est actualisée régulièrement, l'objectif recherché étant d'introduire une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail (…). Le Royaume-Uni est caractérisé par une absence ancienne de textes juridiques détaillant les actes infirmiers, la seule restriction légale étant la prescription. Les niveaux de responsabilité respectifs des médecins et des infirmières sur les actes délégués ont été précisés (…) »[17] [8].

Dans plusieurs pays, les infirmiers sont autorisés à prescrire des médicaments dans un cadre bien délimité. Au Québec, depuis avril 2013, un système d' « ordonnances collectives » a été mis en place autorisant les infirmiers à ajuster les traitements pour quatre pathologies chroniques courantes (hypertension, diabète, dyslipidémie et troubles de la coagulation), sans que le patient ne doive revoir le médecin[18].

Le contenu de la fonction infirmière pourrait être redéfini sur le plan tarifaire et au niveau légal en Belgique, s'inspirant des modèles décrits ci-dessus. La nomenclature des soins infirmiers (INAMI) est restreinte par rapport à ce qui se passe sur le terrain, notamment dans les centres pluridisciplinaires. Les infirmiers font ou pourraient faire beaucoup de choses qui ne sont en pratique pas reconnues comme « rémunérables » (préparation des semainiers, prise des paramètres) ou qui ne sont pas dans la liste des actes infirmiers (conseils alimentaires, soutien psychologique) alors qu'ils sont formés pour le faire. Il n'y a pas de reconnaissance de

[17] L'**Annexe VIII** reprend un tableau qui met en évidence quelques différences juridiques importantes sur le plan international.

[18] http://ordonnance-collective.jimdo.com / Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), http://www.infoiiq.org/actualites/ordonnances-collectives-entente-historique, **communiqué de presse sur les ordonnances collectives** publié le 25/03/2013, consulté le 05/04/2013

l'acte « intellectuel » infirmier (pas de tarification réelle prévue pour une consultation infirmière comme c'est le cas pour une consultation médicale)[19]. C'est un facteur peu limitant dans une pratique au forfait, mais qui prend toute son importance dans une pratique à l'acte, car il influence la motivation des infirmiers à élargir leur champ d'action : pourquoi prendraient-ils des tâches supplémentaires s'ils ne gagnent rien de plus, s'ils ne bénéficient d'aucune reconnaissance ?

Le cadre légal restrictif a été cité comme un frein par les groupes interrogés. Les infirmiers ont cité la peur que leur responsabilité soit mise en cause s'ils accomplissent un acte « hors cadre », et plusieurs médecins ont fait part de leurs réticences à demander à un infirmier d'accomplir un acte « sous responsabilité médicale » (ex : demander de trier les appels téléphoniques). Les infirmiers ont souligné « *le côté schizophrénique de certaines situations* », comme l'obligation de prescription médicale pour du matériel de soin de plaie alors qu'ils sont généralement plus compétents que les médecins dans ce domaine.

Une piste de solution pourrait être d'autoriser les infirmiers belges à effectuer certaines prescriptions en autonomie. Ces transferts légaux de compétences amèneraient à une responsabilité médicale limitée, ce qui changerait la nature du lien médecin-infirmier de subordination en lien de collaboration [10].

Idées essentielles : *la nomenclature restreinte et le cadre légal étroit sont des freins au partage des tâches en Belgique. Ils pourraient être redéfinis sous forme moins rigide en s'inspirant de modèles étrangers, avec un partage plus large des responsabilités. L'acte « intellectuel » (consultations) devrait bénéficier d'une reconnaissance pour être investi par les infirmiers, surtout lorsqu'ils travaillent à l'acte.*

1.3.3 Formation

Les formations à la profession d'infirmier varient selon les pays. On trouve des modes de formation exclusivement universitaires (Royaume-Uni), supérieurs non-universitaires avec accès à l'université pour acquérir des spécialisations ou des fonctions spécifiques (Québec, Pays-Bas), ou exclusivement supérieurs non-universitaires (France) [15]. En Belgique, on maintient actuellement un double mode d'accès à la profession : soit via un bachelier en soins

[19] La « prestation de base » est tarifiable à environ 2 euros, auquel l'infirmier ajoute le ou les acte(s) technique(s) qu'il accomplit. Seules les consultations de diabétologie par des infirmiers formés sont reconnues et tarifiables réellement.

infirmiers en trois années d'études supérieures non universitaires[20] , soit via une formation (brevet) dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire (4e degré)[21].

L'exercice de la profession relève d'une compétence fédérale. Dans la pratique, le législateur fait peu de différence entre les infirmiers issus de formations différentes (les actes autorisés sont les mêmes) [15]. La distinction se situe dans la rémunération et l'accès à des spécialisations ultérieures ou à des postes à responsabilités.

En général, la tendance est à l'élévation du niveau de formation des infirmiers [15]. Des discussions sont en cours au niveau européen pour tendre vers une harmonisation dans ce domaine. En Belgique, les principales associations de professionnels (ACN (Association belge des praticiens de l'art infirmier, anciennement association catholique), FNIB (fédération des infirmières de Belgique)) demandent une suppression des deux filières et une élévation du niveau vers un système universitaire de bachelier-master-doctorat [16]. Elles sont soutenues par le KCE et certains politiciens au niveau national[22], et par le SIDIIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone) au niveau international [17]. Cette évolution est une piste d'avenir importante. Une solide formation des infirmiers est une condition favorable à un travail en collaboration interprofessionnelle efficace [18].

Des profils généralistes infirmiers, bien connus à l'étranger, sont peu développés en Belgique. Les professionnels de terrain aspirent à créer le titre de « praticien infirmier de soins généraux», en réaction à la tendance actuelle à créer des profils de plus en plus spécialisés [2].

La transformation de ce système doit aller de paire avec une révision des compétences qui y sont enseignées [4][9][2]. Une série de nouvelles responsabilités attribuées ou voulant être attribuées aux infirmiers sont absentes actuellement des programmes de cours telles que l'apprentissage à la planification des soins, à la délégation des tâches (vis-à-vis des aides soignants), et à la coordination. On pourrait renforcer les compétences infirmières dans les domaines où la demande des patients est croissante : les maladies chroniques, les soins gériatriques (notamment la gestion de la polymédication de longue durée), les prises en charge à domicile. Face à l'augmentation des pathologies liées à de mauvaises hygiènes de vie, l'axe préventif est à développer [9]. Certains acteurs de terrain proposent le développement de formations continues pour les infirmiers afin de pouvoir satisfaire à ces

[20] infirmiers « A1 »
[21] infirmiers « A2 »
[22] Ministre Colla en 1997 (tables rondes), Ministre Demotte en 2003 (« Dialogues de la santé »), Ministre Onkelinx en 2008 (plan d'attractivité pour la profession infirmière) [9]

exigences. Le KCE recommande « la reconnaissance officielle des formations infirmières (nouvelles et existantes) (…) en particulier les titres professionnels spécifiques ».

Il en est de même avec la formation médicale qui, pour l'instant, prépare mal aux réalités de terrain (pathologies mentales et « sociales », gestion des multi-morbidités, approche de la personne âgée,…) et se consacre peu à l'axe préventif de la médecine. Bien que les départements de médecine générale aient adapté leurs programmes, le « tronc commun » des études fait quasi-totale abstraction de la pratique de première ligne.

Enfin, le travail en collaboration pluridisciplinaire demande une préparation. Il est difficile de travailler ensemble lorsqu'on connaît mal les compétences de ses collègues [19]. Certains experts sont d'accord sur la nécessité d'élaborer des formations (de base ou continues) en partie communes pour les différents professionnels de santé [19][20][4][1]. Le rapport du Docteur Jacques Morel, député au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, propose des pistes de transformation du système éducatif en santé [21]. Des matières telles que les connaissances de base en santé, la déontologie et l'éthique médicale, la communication entre professionnels et avec les patients (entre autres via l'utilisation des technologies modernes), la planification des soins, la gestion des cas complexes en équipe pourraient être dispensées. Cela permettrait d'établir des liens de confiance sur base d'une bonne connaissance mutuelle.

Le modèle hiérarchique, encore présent dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine en Belgique, est néfaste à la collaboration pluridisciplinaire et à la qualité des soins [9]. Il me semble qu'en détricotant dès la base les « vieilles représentations » du médecin « chef » et de l'infirmier « exécutant », nous pouvons espérer nous diriger vers un modèle où patient, infirmier et médecin avancent ensemble dans un projet commun de qualité. Ceci « (…) rejoint Einstein quand il dit qu'il faudra une nouvelle génération (avec une culture plus commune) pour arriver au but » [19].

Les groupes interrogés ont confirmé qu'une formation plus poussée des infirmiers poserait un cadre sécurisant autour de nos pratiques, qui augmenterait la confiance des médecins envers les infirmiers, mais surtout le sentiment de compétence des infirmiers eux-mêmes.

Idées essentielles : *Remodeler les formations aux professions de santé préparerait mieux à partager les tâches :*

- *création d'une filière unique universitaire pour les infirmiers, avec spécialisation en « soins généraux »,*
- *tronc commun pluridisciplinaire*
- *adaptation des compétences enseignées aux réalités actuelles de terrain*

1.3.4 Volonté politique

Une politique de santé volontaire est un levier majeur stimulant la mise en place d'un partage des tâches [3]. « Il apparaît que la coopération étroite entre médecins généralistes et infirmiers n'est pas, loin s'en faut, un modèle spontanément pratiqué dans la plupart des pays. En fait, là où ce modèle existe, soit à titre expérimental (Italie, Ontario, Québec, Pays-Bas, Allemagne), soit de façon plus globale (Royaume-Uni, Suède, Finlande), c'est à la suite de politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice traditionnel des professionnels. (…) Des incitations financières non négligeables sont consenties par les caisses de Sécurité sociale ou par les régions pour développer cette forme d'organisation du travail. Elles reposent sur le financement de postes infirmiers par des enveloppes spécifiques et sur le soutien au développement de cadres d'exercices en commun dans le secteur ambulatoire » [8]. Au Royaume-Uni, en quelques dizaines d'années, on est passé d'un système semblable au nôtre (médecins généralistes seuls, infirmiers se concentrant sur les soins à domicile) à une pratique de première ligne qui se fait majoritairement en groupes pluridisciplinaires (environ six médecins avec des infirmiers, du personnel administratif, et parfois d'autres spécialités : kinés, pharmaciens, conseillers psychologiques, etc). Ces transformations ont fait suite à la mise en place par le gouvernement d'une série d'incitants financiers[23].

En Belgique, une revalorisation salariale des travailleurs de la première ligne pourrait augmenter l'attractivité des professions[24] [14]. Si le gouvernement veut stimuler les nouveaux modes de pratiques, il devra mettre en place des incitants, et adapter les salaires en fonction des tâches demandées à chaque professionnel, sur base de plusieurs critères tels que la formation exigée, le temps à consacrer à la tâche et la responsabilité prise par le travailleur pour l'effectuer. Les groupes ont confirmé l'importance du soutien politique envers la première ligne de soins.

Idées essentielles : *le partage des tâches a besoin d'un levier politique pour se mettre en place, notamment via des incitants financiers.*

[23] Des incitants tels qu'une participation importante au salaire des infirmiers, ou l'introduction d'un système de rémunération lié à la réalisation d'objectifs (ex : taux de dépistage du cancer du col, enregistrement de la pression artérielle dans les dossiers médicaux pour plus de 75 % des personnes de plus de 45 ans, …) ont stimulé les médecins à s'associer avec d'autres professionnels [6].

[24] L'harmonisation des salaires entre généralistes et spécialistes (qui ont actuellement un salaire 2 à 10 fois supérieur) est un autre point d'action possible pour augmenter l'attractivité de la médecine générale [14].

1.3.5 Modes de pratique

Mode de rémunération (acte ou forfait)

Le mode de rémunération des praticiens a été cité dans la littérature et par les groupes comme un levier ou un frein important. La pratique au forfait favorise le partage des tâches entre les professionnels tandis que la pratique à l'acte peut entraîner, dans certains cas, des réticences des acteurs de terrain liées à une possible perte de revenus ou à des phénomènes concurrentiels entre médecins et infirmiers [22][4]. A titre d'exemple, voici une réflexion qu'un médecin travaillant à l'acte m'a soumise lors d'une conversation au sujet de ma recherche : « *mais pourquoi aurais-je envie de transférer certaines tâches, telles que des visites à domicile chez des patients âgés qui vont bien, que j'aime faire parce que c'est agréable, pour faire des choses plus compliquées qui me rapporteraient finalement moins d'argent car je mettrais plus de temps à les faire* ? ». Ce propos est à nuancer : en termes d'argent, il est clair que ce frein ne concerne que la rémunération à l'acte. Par contre en termes de conception du travail, ceci introduit la notion de l'*envie* des professionnels de conserver leurs tâches « basiques » qui font le sens et le plaisir de leurs métiers, ce qui n'est pas influencé par le mode de rémunération.

Une piste serait de proposer une facturation forfaitaire pour certains groupes de prestations, telle que déjà pratiquée pour le DMG+ [20][4].

Organisation de la pratique

La pluridisciplinarité stimule la mise en commun des compétences [18][2], les professionnels étant amenés à se voir régulièrement. Mais ce n'est ni suffisant, ni indispensable à une bonne collaboration. D'autres modes de soins, tels que le travail « en réseau » (collaboration sans lieu commun), sont des leviers structurels possibles [18][20].

Organisation du partage

Les professionnels ont précisé l'utilité de protocoles de collaboration bien pensés et systématiques, modifiés (-ables) en fonction des expériences propres de l'équipe. Par exemple, s'il existe un « algorithme de répartition des tâches pour la prise en charge du patient diabétique », ils seront plus enclins à tenter cette pratique car se sentiront plus en confiance (peur des oublis ou de la perte d'information). La standardisation des tâches est un facteur favorisant le transfert. Ils ont signalé l'importance d'évaluer les nouvelles pratiques afin de pouvoir y adhérer en confiance « *s'il existe des preuves que « telle nouvelle collaboration » est plus efficiente que l'ancienne pratique, je veux bien l'essayer* ».

Idées essentielles : *Le partage des tâches est favorisé par la pratique au forfait (ou facturation forfaitaire pour certains groupes de prestations), en équipe pluridisciplinaire ou en réseau, avec des collaborations étudiées et systématisées.*

1.3.6 Culture et dynamique d'équipe

Dans une équipe pluridisciplinaire, il se développe avec le temps une « culture » commune faite de souvenirs d'expériences positives et négatives, d'un mode de communication particulier et de projets construits ensemble. Il se peut que des expériences défavorables ou des personnalités fortes aient gravé l'inconscient collectif et créent des blocages dans la collaboration. Il peut y avoir un sentiment de peur : de rencontrer l'autre, de changer ses habitudes, d'être jugé sur son travail ou de perdre sa place. A l'inverse, un socle commun positif peut être la source d'un bouillonnement d'idées et stimuler les travailleurs à créer de nouveaux projets de collaboration, on parlera alors d'une bonne « dynamique » d'équipe.

Idées essentielles : *une dynamique d'équipe positive stimule le partage des tâches*

1.3.7 Disponibilité des moyens technologiques

Pour qu'une collaboration soit efficace, il faut une communication optimale, avec des outils adaptés. L'utilisation d'un dossier de santé informatisé (DSI) commun est soulevée comme « incontournable » par les acteurs de terrain et les nouvelles technologies sont citées comme un levier important, car la disponibilité des informations et le support qu'elles offrent peuvent aider le travail de l'infirmier (ex : logiciel d'assistance au diagnostic pour le tri des appels téléphoniques) et du médecin (littérature accessible sur internet) [4]. La méconnaissance de l'outil « DSI » par certains travailleurs (liée au travailleur lui-même ou à une mauvaise adaptation de l'outil) prive les autres d'informations concernant le patient.

Idées essentielles : *Le partage des tâches est freiné par une non-disponibilité ou une méconnaissance des moyens technologiques*

1.3.8 Croyances et représentations des professionnels et des patients

En plus du cadre légal du travail (règles externes), des consensus doivent être établis à l'intérieur de chaque équipe (règles internes) [23][1]. Ils doivent tenir compte du « facteur humain » (« facteur individuel »), qui comprend la représentation que chacun se fait de son

rôle, et sa compétence personnelle. Il ne suffit pas qu'un texte stipule qu'une responsabilité peut être prise par un travailleur pour qu'il ait envie de la prendre.
Voici un exemple concret : en lisant la liste des actes infirmiers, j'ai vu que le lavage des oreilles (que j'ai compris comme étant l'extraction d'un bouchon de cérumen) était repris comme acte B2 (sous prescription). J'ai demandé à mes collègues s'ils voudraient le faire. Signalant le manque de formation pour cet acte et les risques qu'ils encourent (percer le tympan), ils ont décliné la proposition. J'ai compris que nous devions tenir compte du « sentiment de compétence » et des envies de chacun pour qu'une collaboration soit efficace.
De la même manière, un médecin qui aime s'occuper seul de ses patients ne peut pas être forcé à partager les tâches.

La littérature et les groupes m'ont permis de dresser un aperçu des freins et leviers perçus par les acteurs de terrain et les patients.

Les médecins

L'opinion des médecins est variable selon les pays et les individus.
Au Royaume-Uni, il semble que les médecins reconnaissent la compétence des infirmiers comme partenaires de travail depuis de nombreuses années. Aux Etats-Unis par contre, les médecins ont été fortement opposés au changement quand des systèmes de substitution ou complémentarité ont vu le jour [25] [22].

J'ai trouvé peu d'études d'opinion pour la Belgique. Les premières conclusions tendent à démontrer que les médecins sont plutôt favorables au travail en complémentarité [2].
Les leviers cités par les médecins sont : l'importance de leur charge de travail (ils cherchent des solutions pour éviter l'épuisement professionnel), et l'envie de se défaire de certaines tâches (principalement techniques ou administratives) pour se consacrer à d'autres plus stimulantes intellectuellement.

Les freins cités sont : l'inquiétude au sujet des connaissances de base des infirmiers (peur de l'incompétence), la crainte de perdre leur indépendance, d'exécuter exclusivement des tâches complexes [Richards et al. (2000), cité par 3], de perdre du temps en coordination.

[25] L'une des explications pourrait être le mode de rémunération (majoritairement à l'acte aux Etats-Unis, versus au forfait dans un modèle salarial au Royaume-Uni) mais ce n'est pas la seule [22].

Il y a aussi des « craintes concernant une possible fragmentation de la prise en charge du patient qui pourrait conduire à des doublons dans les rôles professionnels, ou à des lacunes dans la chaîne des soins, les médecins insistant sur l'importance de la permanence et du suivi du lien patient-médecin dans la relation thérapeutique de médecine générale » [Richards et al. (2000), cité par 3]. La peur de la « *perte du dialogue singulier avec le patient* » a été citée comme un frein majeur par les médecins interrogés.

Les infirmiers

Je n'ai trouvé qu'une étude d'opinion concernant les infirmiers dans la littérature [2]. Les leviers qui ont été cités dans cette étude et dans le groupe sont : la valorisation de leurs compétences, l'attrait intellectuel vers de nouvelles tâches et la possibilité d'avoir plus de responsabilités (les opinions divergeaient sur ce dernier point (frein ou levier ?).

Les freins qui ont été cités sont : la réticence à l'égard du surplus de travail, la peur de recevoir les tâches que « les médecins n'ont plus envie de faire », la peur de la perte du contact privilégié avec le patient dans l'acte infirmier « de base ».

Les patients

Les études explorant l'avis des patients manquent de cohérence [24] et sont souvent le reflet de ce que les professionnels de santé considèrent comme des résultats favorables plutôt que des évaluations réelles de la satisfaction des patients [3].

Les leviers cités sont : la meilleure adéquation de l'offre par rapport à leur demande « le partage des tâches est une forme de réponse à l'accroissement de la demande en soins, et à la modification des modalités de prise en charge que les patients souhaitent : recevoir plus d'informations, davantage prendre en compte la dimension psychologique dans le traitement d'une maladie, avoir une approche globale d'une problématique » [3]. D'une manière générale, les patients se disent « plutôt d'accord pour voir un infirmier (spécialisé) pour un problème précis ou après la consultation médicale pour recevoir des informations détaillées ou régler de petits problèmes (prévention du cancer, pied diabétique, conseils en diététique, vaccination contre la grippe, renouvellement d'ordonnance), si celui-ci est compétent, indiqué par leur médecin et que ce dernier lui fait confiance » [3].

Plusieurs freins sont exprimés par les patients. Premièrement ils ont peur de la perte du lien avec le médecin « les patients sont majoritairement opposés à voir un autre professionnel de santé systématiquement avant la consultation avec leur médecin » [3]. Ils souhaitent conserver

la possibilité d'un lien direct avec le médecin quand ils le croient nécessaire [25][3]. Deuxièmement ils manquent de confiance en l'infirmier (surtout les personnes âgées et les personnes à bas revenus) [Caldowet al. (2006) cité par 25].

L'information des patients sur les compétences de chaque professionnel est importante. Il semble qu'un manque de confiance soit souvent lié à un manque de connaissance [24][25]. Une étude australienne constate que les patients voient plutôt les infirmiers comme « subordonnés aux médecins » et qu'il y a une « nécessité que les médecins eux-mêmes changent leurs conceptions, et fassent accepter l'idée de complémentarité plutôt que subordination à l'opinion publique » [25].

D'une manière générale, les patients trouvent que « le médecin généraliste devrait abandonner certaines activités mais pas au prix de la relation privilégiée et de l'approche globale » [2], ce qui rejoint l'opinion des professionnels.

Idées essentielles : *Le partage des tâches doit être établi selon des consensus internes qui tiennent compte des compétences et des envies des individus. Les professionnels de terrain ont identifié des freins et des leviers propres à chaque métier. Les patients ne sont pas opposés à de nouveaux modes de pratique mais souhaitent conserver l'accès au médecin quand ils le croient nécessaire. Les informer des compétences de chacun pourrait augmenter leur adhésion au changement. La peur de la fragmentation de la prise en charge et de la perte du lien soignant-patient est un frein exprimé par les trois catégories interrogées.*

1.3.9 Le temps !

Le facteur « temps » a tellement été cité par les professionnels qu'il méritait un paragraphe. Beaucoup d'infirmiers ont souligné qu'ils n'avaient pas le temps d'étendre leurs tâches car ils étaient surchargés, et certains ont précisé que « *chaque fois qu'on leur donne du temps supplémentaire pour des tâches nouvelles, il est rempli par du « curatif »* », la demande étant infinie...Les médecins ont émis la crainte de recevoir des tâches plus complexes qui leur prendraient encore plus de temps que leurs tâches actuelles. Le temps considérable consacré à la coordination a été mis en évidence par les deux groupes.

1.4 Avantages et inconvénients du partage des tâches

Dans les pays qui ont mis en place des projets de skill-mix depuis plusieurs années, des études s'intéressant aux résultats ont été publiées, mais beaucoup présentent des limites et des biais.

Il est difficile d'en tirer des conclusions applicables au contexte belge. La rencontre avec les groupes de professionnels de terrain m'a permis de récolter des informations précieuses quant aux avantages et inconvénients ressentis (ou pressentis) dans le contexte liégeois.

1.4.1 Point de vue des autorités politiques : efficience ?

Efficacité, efficience

Il est complexe de mesurer l' « efficacité », ou la qualité de nouvelles prises en charge dans le secteur de la santé, car ce terme couvre un grand nombre d'aspects différents [3][6][7], qui peuvent être chacun interprétés sous différents points de vue (patients, professionnels, autorités politiques) et de différentes manières objectives (taux d'hémoglobine glyquée d'un patient diabétique, heures de travail du médecin, coût du système de santé,…) ou subjectives (satisfaction des patients ou des travailleurs).

Si on recherche l'« efficience » d'une pratique, meilleure qualité au moindre coût, il devient difficile de tirer des conclusions claires. En effet qu'est-ce que l' « efficience » en santé ? Combien d'argent est-on prêt à investir pour produire des soins de qualité, et qui juge de cette qualité ? Voyons plus en détail ces deux notions qui font l'équilibre de la balance.

1.4.1.1 La qualité

La « qualité » des soins de santé primaires comporte quatre critères principaux sur base desquels on peut axer la réflexion [26].

Soins globaux

« *Considérer la personne dans sa complexité et prendre en compte non seulement les aspects biologiques mais aussi les aspects psychologiques, familiaux, sociaux, culturels et économiques qui influencent sa santé* »

Le partage des tâches élargit le champ de vision des professionnels sur leurs patients. Les acteurs de terrain ont cité l'importance des « *regards croisés qui éclairent une situation* » (« *l'infirmier apporte une information sur le patient que le médecin n'avait pas, et qui l'aide à comprendre mieux un comportement* »). Le lien parfois quotidien entre le patient et l'infirmier fait que celui-ci a une connaissance globale du patient, et peut déceler rapidement un changement pour en avertir le médecin. L'approche holistique du patient est importante aux yeux des professionnels.

Mais la « complexité d'une personne » ne peut être saisie que dans une relation de long terme, faite d'une répétition de rencontres dans des circonstances de vie heureuses ou tristes. La perte de cette relation privilégiée, pour le médecin (qui doit la partager) comme pour l'infirmier (qui perd l' « art de prendre soin » pour faire des tâches plus complexes), peut être aussi perçue comme une perte de globalité. Partager les tâches, c'est multiplier les intervenants, donc prendre un risque de « morcellement » de l'approche.

De plus en plus on crée des systèmes de « disease management » (approche par la maladie) comme les « trajets de soins » pour le patient diabétique ou l'insuffisant rénal. Mais que fait-on du patient diabétique et insuffisant rénal, qui présente une hypertension, un tabagisme sévère, une bronchite chronique et une tendance à l'alcoolisme (comme beaucoup de nos patients)? Il se trouve au centre d'une série parfois impressionnante d'intervenants. Il a besoin d'un « guide » qui l'aide à prioriser ses problèmes. Si les tâches sont réparties entre le médecin généraliste et l'infirmier, par pathologie, qui aura encore une vision globale de sa santé ? Il semblerait plus juste d'avoir une approche par « gestion de cas », rôle que pourrait éventuellement jouer un infirmier.

Soins intégrés

« *Procurer des soins curatifs mais aussi préventifs, et y intégrer la santé communautaire* »

Les groupes ont constaté que « *en se consacrant à la prévention et la santé communautaire, les infirmiers ajoutent une plus value au travail des médecins, qui manquent de temps et de systématisme pour le faire* ». Il est prouvé que les infirmiers sont « meilleurs » que les médecins dans le domaine de la promotion de la santé [6] : ils donnent plus d'explications, utilisent plus de supports pédagogiques, rappellent plus les patients que les médecins [6], au prix de consultations plus longues. La meilleure qualité de l'éducation augmente l'observance thérapeutique [7].

Soins continus

« *Travailler dans une logique de suivi à long terme et garantir une circulation de l'information entre soignants et entre nivaux de soins* »

Le partage des tâches permet au patient de connaître plusieurs intervenants, ce qui garantit une continuité lorsque l'un d'eux est absent.

Pourtant, il est plus facile pour une personne d'avoir toutes les informations en tête que d'assurer une circulation de ces informations entre plusieurs intervenants. Les professionnels ont insisté sur la difficulté d'obtenir une communication optimale dans une équipe.

Soins accessibles

« *Garantir une accessibilité géographique, culturelle, financière et une disponibilité pour les patients* »

Certaines études relatent que les pratiques de substitution améliorent les délais de prise en charge et de l'orientation des patients en répondant en partie au problème de pénurie de médecins [3][6].
Dans un système à l'acte et substitutif, l'accessibilité financière est améliorée pour le patient qui « paie moins cher » un infirmier qu'un médecin (ceci dépend du contexte).

Par contre, l'accessibilité *au médecin* est réduite par des pratiques substitutives (un patient avec lequel j'ai discuté au Québec m'a confié « *vouloir émigrer en Belgique parce qu'il n'avait « jamais le droit » de voir un médecin, qu'on l'envoyait toujours chez l'infirmier* »). Cet avis est à nuancer. Un intervenant a cité le fait que « *les patients qui en ont le plus besoin ont plus d'accès à leur médecin si celui-ci a plus de temps* ».

Autres critères

La qualité « scientifique » du soin : Le partage des savoirs augmente les compétences des professionnels et la qualité de leur travail [27]. Ils s'apportent des informations, se questionnent, recherchent la meilleure manière de soigner (ne serait-ce que par la « peur » d'être mal jugés de leurs collègues). Un médecin interrogé disait que la collaboration stimulait à suivre les « guidelines » (*evidence based medicine*) qui font office de consensus commun, et posent un cadre sécurisé.

Les infirmiers de pratique avancée fonctionnent en général sur base de ces guidelines en s'aidant de « protocoles standardisés » de prise en charge par pathologies. Les études faites sur les « résultats de santé » obtenus par ces infirmiers lorsqu'ils gèrent des consultations (premiers recours ou pathologies chroniques) sur le mode substitutif concluent à une qualité identique (voire supérieure) à celle obtenue par les médecins. Sur le mode complémentaire, la qualité est améliorée [6]. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car les études présentent des limites et portent sur des critères différents.

Pour les médecins, « une lourde charge de travail est corrélée négativement avec certaines prises en charge (consultations plus courtes, plus de prescriptions de médicaments, plus de recours à d'autres spécialités (kinésithérapie,…) [19]. L'allègement du travail médical, lié au partage des tâches, peut améliorer la qualité des soins.

Aucune étude ne relate un évènement grave survenu à cause de pratiques substitutives [7]. Cependant les groupes interrogés ont souligné leur crainte du diagnostic manqué et leur besoin de « *garde-fous solides* ». « *Un infirmier n'aura jamais la formation d'un médecin ».* Le problème de la « *diminution de la qualification des soignants au chevet du patient* » a été soulevé. Si l'infirmier fait des tâches plus complexes, d'autres devront reprendre ses tâches de base, comme les aides-soignants. Certains pensent que ce serait une perte de qualité (un regard moins « expert » qui ne détecterait pas certains symptômes et n'aurait pas la capacité d'émettre un diagnostic).

L'autonomie des patients : Un médecin signalait qu'installer des prises en charges partagées systématisées pourrait être nuisible à l'autonomie du patient (« vous devez aller chez l'infirmier tous les trois mois pour le diabète, chez le médecin tous les six mois, chez le spécialiste une fois par an… ») et que c'était par ailleurs une forme d' « *assistanat social* ».

Idées essentielles : *lorsqu'on base la réflexion sur des critères de qualité, on s'aperçoit que le partage des tâches amène des avantages ou des inconvénients variables selon les contextes et les points de vue. Les arguments pour dire que le travail en complémentarité améliore la qualité des soins sont plus nombreux que les arguments contraires. Il faut considérer chaque situation séparément et se méfier des généralités.*

1.4.1.2 Le coût

Le modèle de substitution

L'idée que la substitution est forcément « économique » est répandue mais peu d'études le prouvent [28]. Dans les études anglo-saxonnes, l'économie réalisée dépend de la différence de salaire entre le médecin et l'infirmier [7][28] : « il suffit que les coûts salariaux annuels du personnel infirmier soient inférieurs de 63% au moins à ceux des médecins pour que la délégation soit efficiente » [7].

Les chiffres ne sont pas transposables dans le contexte belge. Les maisons médicales, qui défendent une « faible tension salariale » entre les travailleurs, ne répondent pas à ce critère. De plus, il est démontré que les infirmiers prennent un temps plus long en consultation [3][6][7][25] (sans doute en partie dû à la meilleure « éducation » qu'ils font avec le patient), et prescrivent plus d'examens complémentaires [6]. Des études avancent que l'économie faite

au niveau salarial en remplaçant un médecin par un infirmier est contre-balancée par ces facteurs (productivité moindre) [3][6][29].

Le modèle de complémentarité

Certaines études relatent un bon rapport coût/efficacité des soins lors de collaborations dans le suivi des pathologies chroniques ou en matière de promotion de la santé. Ceci est à nuancer : la « performance » (notion subjective) est supérieure ou égale à un médecin seul, mais le coût est plus élevé [6] (deux travailleurs plutôt qu'un seul).

Autres coûts

« La très grande majorité des études en matière de skill-mix qui tentent de mesurer en termes économiques l'impact des projets de redéfinition du partage des compétences fondent leur évaluation des coûts directs sur des données de salaires. Cette méthode, quoique avantageuse et relativement facile à appliquer, présente le désavantage majeur de sous-estimer le coût réel » [3]. Une série de coûts ne sont pas pris en compte dans les calculs d'efficience, à commencer par le coût de la transformation du système de formation [7][11] et du système législatif. La hausse potentielle du salaire des infirmiers et le surplus d'examens complémentaires demandés ne sont pas analysés [3]. On n'a pas prévu les surcoûts liés au patient, qui risque, par manque de confiance, de se tourner vers des professions paramédicales ou de demander plusieurs avis [3]. On ne fait pas de distinction entre les services qui peuvent être transférés sans supervision, de ceux qui nécessitent une supervision médicale [7].

On imagine qu'en augmentant la qualité des soins, on améliorera à long terme l'état de santé de la population, ce qui diminuera les coûts des complications des maladies chroniques.

1.4.1.3 Que retenir ?

Si les travaux rapportés prouvent la faisabilité du partage des tâches [7] son efficience n'est pas clairement démontrée [7][29]. Elle dépend « d'une part, du rapport entre le salaire des infirmières et celui des médecins et d'autre part, de la productivité comparée de ces deux professionnels (…) ces deux variables dont la caractéristique première est d'être des variables contextuelles. Cela annihile la portée générale des conclusions qui peuvent être faites dans un système de santé particulier » [18]. Il est probable que les coûts ne puissent être réduits mais que la qualité soit améliorée sur le long terme (principalement sur un mode complémentaire).

1.4.2 Point de vue des professionnels

Les points communs

La valorisation de la profession et l'intérêt intellectuel de se consacrer à des tâches plus complexes sont des avantages potentiels. Les infirmiers l'ont confirmé : cela entraine un changement de regard du patient sur leur profession (« *le médecin n'est plus le seul point d'entrée dans le système de santé* », « *l'infirmière n'est pas que celle qui panse les plaies* »). Un infirmier a dit trouver du plaisir dans la responsabilisation, la diminution de la dépendance vis-à-vis du médecin (« *je ne suis plus un simple exécutant* »), et dans la profondeur de la relation qui se crée avec le patient. Les médecins interrogés ont peu abordé ce thème. On imagine que le temps gagné leur permettrait de « récupérer » des tâches qui, en Belgique, appartiennent à la deuxième ligne, comme la pédiatrie générale (suivi de la croissance normale d'un enfant et des pathologies courantes) et la gynécologie générale (suivi des grossesses normales, frottis de col, pathologies courantes). Ils pourraient développer d'autres disciplines telles que les psychothérapies et la petite chirurgie, ou se consacrer à des tâches organisationnelles, de prévention, de santé publique, ou de recherche, comme c'est le cas au Royaume-Uni [3]. Ces nouvelles perspectives de carrière pourraient améliorer l'image du généraliste au sein de la population [14], et augmenter son plaisir au travail.
Le simple fait de diminuer sa charge de travail, sans la remplacer par d'autres activités, l'aiderait à se prémunir de l'épuisement professionnel.

Le travail d'équipe valorise les professionnels. Avoir un regard externe sur sa pratique, du soutien et des encouragements par ses pairs permet de s'auto-estimer mieux et diminue le sentiment d'isolement et d'impuissance du soignant [30].

Comme inconvénient, les professionnels ont cité le temps de coordination et la « lourdeur » administrative (gérer une équipe, compléter les dossiers informatiques).

Enfin, dans les deux groupes, la même remarque a été faite : « *c'est un changement de paradigme* ». Tantôt vu comme positif, tantôt vu comme une menace (« *c'est un désinvestissement des soins au chevet du patient* », « *c'est la fin de la médecine « de famille»* »), ce terme signifie qu'on « abandonne » les rôles classiques attribués à l'un et à l'autre pour créer de nouveaux rôles. Ce point a soulevé tellement de débats qu'il sera développé dans la partie éthique de ce travail.

Les infirmiers

Comme avantage, le gain financier potentiel a été cité. Comme inconvénient, les infirmiers interrogés ont parlé de l'augmentation de la durée et de la difficulté de la formation, ainsi que de la charge de travail. Au Royaume-Uni certains infirmiers se sont déclarés « sous pression », ayant l'impression de devoir atteindre des « cibles » thérapeutiques plutôt que s'intéresser aux priorités du patient, ce qui entre en conflit avec leurs valeurs [25].

Les médecins

Comme avantage, le gain de temps et la diminution de la charge de travail ont été cités. Le travail des infirmiers induit une meilleure stabilisation des maladies (donc diminution des consultations médicales et des demandes urgentes) [3][28]. Mais ces notions ne sont pas claires : certaines études rapportent que la charge de travail médical ne diminue pas réellement. Les soins préventifs et le contact avec les infirmiers généreraient une augmentation de la demande vis-à-vis des médecins (problèmes de santé qui n'étaient pas abordés avant) [3][28]. La plus grande complexité des cas traités par les médecins augmenterait le temps qu'ils doivent y consacrer [3]. Certaines études relatent que les médecins qui perdent des revenus (en traitant moins de cas) ont tendance à compenser par des activités supplémentaires [3]. Le temps de supervision des infirmiers est important [3]. Si le médecin continue à effectuer des tâches qui pourraient être accomplies par les infirmiers, les patients ne changent pas spontanément de soignant et la charge de travail ne diminue pas.

De plus, si la « complexité des tâches » est citée dans la littérature comme un avantage pour les médecins, beaucoup de professionnels ont marqué leur désaccord : « *j'aime faire des choses simples, je ne voudrais pas avoir que les maladies qui se compliquent et les mauvais diagnostics à annoncer* », « *si les infirmiers traitent tous les cas faciles, que reste-t-il pour nous ? Où sera notre rôle par rapport aux internistes ?* ». Certains ont souligné leur impression d'être « *mis de côté* » quand les patients ont une relation plus fréquente avec les infirmiers (suivis de diabétiques « stables » par exemple).

Par contre, ils ont cité que le partage des responsabilités, moyennant adaptations législatives, diminuait la lourdeur de leur travail.

Idées essentielles : *La valorisation des professions est un avantage. L'intérêt intellectuel de se consacrer à des tâches plus complexes ne fait pas l'unanimité chez les professionnels, qui mettent en évidence le plaisir de faire des « choses simples » qui laissent le temps à la relation de s'installer. Le gain de temps et la diminution de la charge de travail du médecin ne sont pas des certitudes et dépendent de l'attitude des professionnels et des patients. Le partage des tâches a été identifié par les professionnels comme un « changement de paradigme » qui est perçu tantôt comme un avantage tantôt comme une menace et mérite discussions.*

1.4.3 Point de vue des patients

La satisfaction des patients qui consultent des infirmiers de pratique avancée est égale (voire meilleure) à celle qu'ils expriment après une consultation médicale [6].

Mais « un haut degré de satisfaction ne signifie pas forcément une préférence pour une prise en charge par les infirmiers » [3]. Les patients se disent parfois moins « rassurés » qu'avec un médecin [25]. Les groupes ont rapporté que certains patients perdent leurs repères quand on multiplie les intervenants, *« ils ne savent plus à qui s'adresser, ni qui fait quoi* » et n'ont plus d'interlocuteur privilégié.

La gestion des « demandes cachées », bien connues des médecins généralistes (douleur thoracique « de clenche de porte », idées noires confiées à l'occasion d'une « simple prise de tension »), pose la question de la pertinence des pratiques substitutives [25]. « *Un patient ne vient jamais seulement pour un rhume, une plainte en cache toujours une autre* », « *le patient osera-il aborder certains sujets avec l'infirmier ?* » « *L'infirmier peut renvoyer chez le médecin, mais le patient ira-t-il ?* ». N'est-ce pas au moment où elle s'exprime que la plainte a le plus besoin d'être entendue ?

2/ Limites et biais

2.1 Limites des études consultées

Les principales limites des études sont:

Les **indicateurs** choisis sont très variables (satisfaction des patients, variables biologiques,…) [6] et les items évalués manquent parfois d'objectivité (échelles d' « état de santé perçu ») [3]. Les études ne disposent souvent que du nombre ou de la durée des consultations, les tâches effectuées ne sont pas enregistrées en détail [3][7].

Il est **difficile d'isoler l'effet de la contribution du travail des infirmiers** dans l'évaluation des tâches, et donc de comparer les nouvelles aux anciennes pratiques : « Les résultats des audits de la satisfaction des patients (…) sont à considérer avec précaution car, dans la grande

majorité des situations, de telles évaluations ne préexistaient pas lorsque les médecins seuls effectuaient les mêmes tâches » [Marsh et Dawes (1995) cité par [3]].

L'efficacité est étudiée à trop **court terme** « Il devient alors difficile de connaître l'évolution de l'état de santé du patient à moyen et long terme » [3]. « En plus de l'évolution de l'état de santé, il est intéressant de se demander comment va évoluer le niveau d'efficience ou de productivité une fois l'effet de nouveauté disparu. On pourrait par exemple imaginer que le différentiel de temps de consultations médecin-infirmier tende à se résorber au fil de l'expérience acquise par les infirmier » [3]. Or c'est bien dans une perspective de moyen à long terme que les pouvoirs publics se doivent de justifier des décisions.

Beaucoup d'études sur le sujet présentent d'importantes **faiblesses méthodologiques** ou sont uniquement descriptives [7][18]. La **taille des échantillons** de patients est trop petite [3]. Les **points de comparaison ne sont pas fiables** « les types de cas rencontrés par l'infirmier ne sont pas les mêmes dans la pratique réelle que ceux rencontrés par le médecin. L'infirmier est souvent amené à voir des patients ayant des problèmes de santé mineurs, ce qui ne permet pas de transposer les études de qualité de manière fiable à des consultations qui seraient réellement « tout venant » ». Beaucoup d'études **ne distinguent pas** ce qui relève de la création d'un nouveau service (diversification-**complémentarité**) de ce qui est de l'ordre de la **substitution** [3].
La plupart des études anglo-saxonnes se basent sur les **infirmiers praticiens**, alors qu'ils ne représentent qu'un petit pourcentage des infirmiers qui travaillent en soins primaires. On ne peut **pas généraliser ces recherches à tous les infirmiers** car il y a une différence significative de formation, d'expérience et de rémunération. Il n'est souvent **pas précisé** dans la littérature à quel **niveau de formation** de l'infirmier correspond la tâche qui est décrite.

Les études sont **très peu transposables d'un contexte à l'autre** [6][7][18] « les résultats publiés sur les expériences de skill-mix demeurent valables uniquement pour le lieu et le moment dans lesquels elles ont été réalisées » [3], or il n'y a que très peu d'études sur l'impact du partage des tâches en Belgique. Dans les maisons médicales appliquant ce mode de pratique, très peu d'expériences sont évaluées avec une méthode rigoureuse.

Enfin, beaucoup de paramètres relatifs aux chevauchements des rôles ne sont pas encore étudiés, et **beaucoup de modèles ne sont pas encore testés** [29].

2.2 Limites de ma recherche

Mon travail était limité au cadre d'une pratique pluridisciplinaire dans un centre de santé intégré, quoique certaines idées puissent être transposées dans d'autres systèmes. Les experts consultés, mes tuteurs, et les membres des groupes interrogés étaient des travailleurs de maisons médicales. Ce cadre était clairement formulé dès le départ. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis de professionnels exerçant dans d'autres contextes, mais ça aurait dépassé les objectifs de cette recherche.

Les pistes concrètes que j'ai choisies sont encore à développer. La création de protocoles précis sur base de ces pistes nécessiterait de nouvelles recherches et devrait s'ancrer dans une pratique particulière au départ d'une analyse des besoins locaux.

Au niveau méthodologique, je n'ai pas pu recueillir l'avis des infirmiers directement après la présentation comme je l'ai fait avec les médecins, ce qui induit un biais. Le petit nombre de personnes interrogées rend les conclusions peu généralisables. Cependant la recherche n'a pas été construite dans le but de recueillir des données quantitatives, mais plutôt dans une optique qualitative. J'ai mené un travail réflexif, prenant de la distance par rapport à de nouveaux modes de pratiques, avec une dimension éthique et un questionnement qui se voulait ouvert.

La méthode utilisée pour l'interrogation des groupes était inspirée du groupe focalisé, mais n'en n'a pas respecté toutes les règles. Le groupe d'infirmier était en fait le « groupe prévention » de l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL), qui comprend deux médecins. J'ai choisi ce groupe car il m'a sollicité spontanément, ce qui prouve l'engouement des acteurs de terrain pour le sujet. La présence des médecins a pu faire varier légèrement les résultats, j'ai toutefois pris soin de classer leurs réflexions avec celles des autres médecins.

Je n'ai pas pu interroger des patients, ce qui aurait complété cette recherche, mais j'ai accordé une attention particulière aux études s'intéressant à leur opinion dans la littérature.

3/ Contexte général

Le paysage des soins de santé s'est considérablement modifié durant les dernières décennies dans l'ensemble des pays occidentaux en général, et en Belgique en particulier. La réflexion

sur le partage des tâches entre les acteurs de terrain est née de la transformation de plusieurs facteurs contextuels.

D'un point de vue économique, la crise actuelle rend nécessaire la maîtrise des dépenses sanitaires. Il est difficile d'ajuster l'offre à la demande de la population [3]. Une tendance à la réduction du personnel plutôt qu'à une réflexion globale sur l'utilisation des ressources se fait sentir. On limite l'offre médicale (via le nombre de numéros INAMI attribués), sans contrôler d'abord les dépenses qui se font parfois inutilement dans les hôpitaux (examens complémentaires sur-utilisés dans une logique de rentabilité), ou limiter l'impact du lobby des firmes pharmaceutiques sur la pratique médicale (population belge sur-consommatrice de médicaments). Pourtant, un personnel de santé qualifié en nombre suffisant et motivé est la clef de voûte du système de soins [3], au centre duquel la relation humaine reste essentielle.

D'un point de vue démographique, la répartition des catégories professionnelles est inégale. En Belgique, il y a une pénurie en première ligne, alors que certaines spécialités sont en sureffectifs. C'est inadapté aux besoins de la population, qui nécessite une première ligne forte pour faire face notamment au problème du vieillissement [5].

D'un point de vue sociologique, on assiste à des modifications du climat de travail. L'impact des technologies médicales et de la recherche modifie les modalités de prise en charge des patients [11]. Il y a diversification du secteur des soins de santé, que ce soit dans le nombre croissant de prestataires, d'activités, ou d'organisations (hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire, structures alternatives (ex : « clinique de la ménopause »), ...). Cette diversification brouille les frontières du modèle classique « première-deuxième ligne » et va de paire avec un morcellement croissant des compétences [20]. La pression économique pousse à une « technicisation » de la pratique médicale (notamment la tarification à l'activité dans les hôpitaux [20], ce qui entre en contradiction avec le désir de rationalisation des soins et pose la question du risque de marchandisation de la santé [5].
La conception même du travail se modifie. On voit émerger chez les jeunes professionnels une volonté de prendre en compte la qualité de vie personnelle, en améliorant les conditions de travail [20]. En médecine générale, l'installation des jeunes est de plus en plus tardive [11]. La pratique de groupe est en train de supplanter l'exercice isolé, ce qui est associé à un recours plus fréquent au temps partiel, y compris chez les hommes [11]. L'un des problèmes

majeurs de ce secteur est la désertion des zones rurales, malgré les incitants du gouvernement (ex : Fonds « Impulséo ») [11].
On assiste à l'émergence d'un patient consommateur et parfois exigeant, disposant de droits garantis par la loi, demandeur d'une prise en charge globale et humaine, et souhaitant prendre une part active dans la gestion de sa santé [20], notamment via internet. D'autre part, les flux croissants d'informations font qu'il devient pratiquement impossible de s'y retrouver pour les non-initiés ou personnes de catégories socio-culturellement moins favorisées, ce qui rend nécessaire la présence d'une première ligne accessible et rationnelle.

Le contexte actuel entraîne une dégradation des états de santé [30]. Il y a une nette tendance à la médicalisation de problèmes économiques et sociaux [20] (sans doute à défaut de trouver réponse ailleurs), ce qui est complexe à gérer pour des professionnels de santé qui n'y sont pas préparés et se sentent parfois utilisés comme des « *prêtres de substitution* ».
« La garantie de l'égal accès à des soins de qualité, dont l'Etat est responsable pour l'ensemble des citoyens [31], se trouve confrontée à cette problématique d'évolution démographique, économique et sociétale. Il semble que les périmètres actuels des métiers de la santé ne donnent pour l'instant pas la fluidité et l'optimisation nécessaire à une prise en charge efficace et humaine ». Il nous faut donc trouver d'autres solutions. Le travail en collaboration pluridisciplinaire est une piste.

4/ Ethique

Le principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale[26] qui, appliquée aux soins de santé, consiste à « ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à un niveau plus bas», c'est-à-dire rechercher le niveau le plus pertinent pour chaque action. Il affirme qu'une tâche est « la mieux faite » (en prenant en compte qualité et coût) lorsqu'elle est réalisée par la personne compétente la plus proche de l'usager, d'un point de vue culturel et géographique[27]. Ce principe s'applique à plusieurs aspects des soins de santé. Il argumente le transfert de tâches entre spécialiste et généraliste, mais aussi entre généraliste et infirmier.

[26] Il trouve son origine dans la doctrine sociale de l'Eglise catholique. Il est utilisé comme terme juridique (notamment dans le traité de Maastricht en 1992) mais peut aussi qualifier des politiques de santé
[27] Santé conjuguée - juillet 2000 - n° 13 Echelonnement : un sac de nœuds ? Articulation entre la première ligne de soins et les autres échelons

La notion de subsidiarité est peu appliquée en Belgique. Par exemple les pédiatres vaccinent les enfants, alors que les médecins généralistes, et encore plus les infirmiers sont, selon ce principe, « meilleurs » (car plus proches des patients) et moins coûteux pour réaliser cette tâche. Au Pays-Bas, ce sont les sages-femmes qui réalisent les accouchements. « La subsidiarité ne peut se pratiquer que si chacun est en accord avec les propres représentations qu'il se fait de son rôle et du rôle de l'autre, et il faut les interroger ces représentations !» [30].

Le paradigme du médecin généraliste

Le médecin généraliste serait selon certaines enquêtes « la personne à qui les Belges feraient le plus confiance ». Et pourtant la profession est en crise. Les médecins se sentent souvent peu respectés et leur place dans une société qui se spécialise et se technicise n'est pas toujours claire. Les jeunes désertent ce métier qui est vécu comme « harassant » en termes de charge émotionnelle et de disponibilité.

Le médecin est « le principal levier d'action de la chaîne de soins, du fait de son rôle de prescripteur » [3]. Il est souvent vu comme le « point central » de la première ligne, le coordinateur des soins autour d'un patient, celui qui détient une vision globale, prend les responsabilités, et dont on attend une importante disponibilité. Sa mission est de « placer des repères le long des itinéraires servant au diagnostic et au traitement » [20], de faire le lien entre une médecine spécialisée qui a tendance à morceler les patients en pathologies ou en organes, et les besoins réels des humains qu'ils sont avant tout. Le caractère attrayant de la profession provient du défi technique à relever dans la résolution de problèmes complexes et de la dimension relationnelle, souvent de longue durée, avec les patients.
Il est de plus en plus demandé au médecin généraliste de devenir un bon « gestionnaire » de soins en termes de budgets de santé, ce qui provoque le sentiment d'être écartelé entre le rôle de soignant « protecteur de son patient », et le devoir de santé publique vis-à-vis de l'Etat. Il y a là un conflit d'intérêt qui explique une part du malaise ressenti dans la profession [19].

Dans ce contexte, réfléchir à l'évolution possible de son rôle n'est pas superflu. Il faut conserver la relation privilégiée avec le patient tout en diminuant la charge de travail du médecin. Il faut se demander si le rôle de gestionnaire est bien le sien ou si d'autres pourraient le jouer ou le partager. « Une façon de ramasser le paradoxe serait de dire que c'est parce que le médecin généraliste est en position centrale qu'il est écartelé ; c'est parce qu'il est écartelé

qu'il est incapable d'occuper cette position centrale » [19]. C'est peut-être là qu'intervient l'infirmier ?

Le paradigme de l'infirmier en première ligne de soins

L'infirmier est identifié par la population comme une personne qui « prend soin » des malades. C'est une profession qui a été presqu'exclusivement féminine jusqu'à nos jours, ce qui n'est pas étranger à l'image « maternante » et douce qui l'accompagne. Pourtant, j'ai choisi de l'écrire au masculin dans ce travail. La profession est en remaniement identitaire et je voulais le souligner. L'opposition au rôle « paternel » et autoritaire du médecin ne me semble plus appropriée. Au quotidien je collabore avec un infirmier, et nous sommes souvent en recherche d'une relation plus égalitaire avec le patient, qui ne serait ni autoritaire ni maternante.

L'infirmier est « celui qui fait le lien entre la dimension curative et la dimension coutumière du soin » [23]. On dit que « là où le médecin a une vue plus globale de la santé, l'infirmier a une vue plus globale du quotidien » [23]. Il est le confident du vécu du patient. Son rôle en première ligne est bien ancré dans le soin au domicile du patient, mais encore peu développé dans les cabinets de médecine générale. Pourtant, la fonction de « consultant » se développe, notamment dans les groupes pluridisciplinaires. L'infirmier joue un rôle préventif, curatif, et de soutien aux familles. Il analyse et évalue les besoins du patient, et peut poser un diagnostic qui lui est propre.

Actuellement, sa formation est très « cadrée ». On lui apprend chaque acte « dans les règles de l'art ». On attend de lui qu'il connaisse les limites de sa profession et ses limites personnelles. Le système est hiérarchisé. Etant formé majoritairement à l'hôpital, l'infirmier apprend à se placer sous l'autorité du médecin quoi qu'il soit le garant de la qualité du prescrit et qu'on exige de lui un bon sens critique. Par contre, l'apprentissage médical reste très « empirique » : on attend du médecin qu'il sache « tout faire » et il apprend souvent seul, au contact du patient.

Les nouveaux rôles qu'on attend de l'infirmier en première ligne sont en contradiction avec ce système formatif, ce qui peut créer en malaise. On voudrait qu'il prenne plus de responsabilités, soit plus autonome, devienne lui aussi gestionnaire et coordinateur. On attend de lui qu'il endosse une partie du rôle médical…mais en a-t-il envie? N'est-ce pas le même paradoxe que celui du médecin généraliste qui souhaite conserver l'essence de sa fonction, la

relation thérapeutique privilégiée, et ne veut pas forcément recevoir des tâches plus complexes ou des fonctions de gestion ? Si le « prendre soin » est le domaine de prédilection de l'infirmier, ne risque-t-il pas d'être supplanté par ces nouvelles tâches plus complexes ? C'est une préoccupation majeure qui ressort des entretiens de groupe. Il semble qu'il y ait là une « tension générée par un désaccord avec les valeurs fondamentales des infirmières » [25].

Finalité du partage de tâches et du changement de paradigmes

Un des médecins du groupe interrogé disait « *nous médecins, on veut s'accrocher à l'idée d'être le premier contact dans le système de santé, le « préféré du patient »… mais le patient d'aujourd'hui en a-t-il toujours besoin ? Dans ma relation avec les jeunes, j'ai des difficultés à créer du lien. Les patients voient peut-être l'avenir de la médecine comme un service à consommer 24H/24…ils n'ont peut-être plus besoin d'un « médecin de famille » comme avant* ». Un autre médecin se demandait « *pourquoi devrions-nous continuer à soigner des rhumes alors qu'un infirmier peut le faire ?* » Loin de faire l'unanimité, cette réflexion a suscité la réaction des autres médecins qui avançaient le plaisir de voir quelqu'un qui va « bien » et de pouvoir en profiter pour s'intéresser à sa famille, à son boulot, ou à son tabagisme… « *Mon travail, c'est de décrypter la demande, ce n'est pas le rôle de l'infirmier* » N'est-ce pas là la vraie question ? Est-ce au médecin de conserver cet aspect tout-venant ? Beaucoup de médecins le revendiquent. Mais qu'en pensent les autres ?

Tout le monde semble avoir admis le médecin comme « la » personne à qui se confier…mais faut-il faire sept ans d'études pour avoir une écoute empathique ? Je pense à un exemple vécu par une collègue médecin. Elle avait eu une matinée chargée et venait de s'asseoir pour prendre cinq minutes de pause. Une patiente est arrivée à la maison médicale, demandant à parler à quelqu'un parce qu'elle était angoissée. Ses collègues l'ont regardée en disant « c'est pour toi ! »…et quand elle leur a répondu « *qu'il ne fallait pas être médecin pour écouter quelqu'un d'angoissé* », elle s'est heurtée à une incompréhension et à des critiques. Ceci touche aux représentations que la société a du médecin. Peut-être n'est-elle pas prête non plus à abandonner ce rôle qui la rassure. Les patients veulent garder un accès facile au médecin en qui ils ont confiance. L'aura du titre de « docteur » n'y est peut-être pas étrangère. La croyance presque « magique » en ce titre est thérapeutique en soi, même si elle trouble parfois les médecins.

On m'a parlé plusieurs fois au Québec de « *la chance que nous avons en Belgique d'avoir des soins de santé de qualité* ». Pourtant ils ne sont pas les plus efficients comparativement à d'autres pays, et le Québec m'avait paru être un modèle à ce niveau. Il semblerait que le patient juge la qualité du système à son accessibilité et à la possibilité de créer un lien à long terme avec les soignants, dont le médecin généraliste. Le concept d'efficience montre là ses limites. Certains pays ont un niveau d'efficience des soins de santé élevé mais un taux de satisfaction faible des travailleurs. On l'explique par un manque de liberté dans la pratique et une pauvreté du lien avec le patient (prises en charge standardisées, listes d'attente, impossibilité de créer un lien de long terme). Médecins et patients seraient donc d'accord sur la primauté de la relation qui les unit.

Mais ça ne justifie pas que le médecin ait un « monopole » sur cette relation thérapeutique. Un modèle de partage plutôt que de substitution se dessine. Beaucoup d'infirmiers ont embrayé dans ce sens : *« un infirmier doit rester au chevet du patient* » « *son rôle est déjà mis à mal, il faut le renforcer et pas lui donner les tâches du médecin* » « *si j'avais voulu faire des consultations de tri j'aurais fait les urgences !* » « *j'aime bien faire des toilettes, je n'ai pas envie qu'on me retire le plaisir de prendre ce temps avec le patient* »… même si tous n'étaient pas catégoriques.

La question de la finalité du partage des tâches s'est posée. Une infirmière disait « *nous sommes souvent « utilisées » comme des aides pour les médecins, pas pour nos compétences. Si on me dit qu'ils ont besoin de cette aide, je veux bien le faire, mais je veux qu'on s'interroge sur la finalité* ». Les médecins ont rejoint cet avis : « *une logique de productivité pure ne nous intéresse pas, mais si c'est l'amélioration de la qualité des soins et de nos conditions de travail qui est visée, alors pourquoi pas y penser* ».

Le sujet a suscité un vif intérêt et des débats animés, car il est au cœur des préoccupations actuelles des professionnels. Il touche à des notions identitaires et à des valeurs profondes mises à mal dans la société actuelle. Si changement de paradigme il doit y avoir, il faudra qu'il soit voulu et construit par les acteurs de terrain et les patients. Il ne pourra être imposé.

Le secret médical partagé

Le travail d'équipe pose la question des limites du secret médical et du contenu de ce qui peut être dit entre collègues au sujet d'un patient. Le secret professionnel est une obligation légale. Cependant, il existe une notion de « secret professionnel partagé », mentionnée dans le code de déontologie médicale. Celle-ci admet le partage du secret moyennant des limites strictes : dans le cadre d'un travail d'équipe, seules les personnes elles-mêmes liées par le secret professionnel et appelées à soigner la personne concernée ont accès à l'information. La loi relative aux droits du patient prévoit également qu'il puisse y avoir une concertation pluridisciplinaire dans certaines circonstances. L'échange d'informations entre médecins et infirmiers est possible, mais il faut informer le patient et respecter sa volonté[28].

5/ Apprentissage personnel

J'ai eu des difficultés à définir le cadre de ce travail. Le nombre de publications que j'ai trouvées sur le sujet m'a laissée perplexe et j'ai mis du temps à trouver un objectif qui conciliait la théorie et mon envie de l'adapter à la réalité du terrain. Mais une fois la voie trouvée, j'ai aimé construire cette recherche. Elle m'a permis de prendre du recul par rapport au travail d'équipe que je vis au quotidien. J'ai pu m'interroger sur le sens de mon rôle de médecin et comprendre mieux le métier d'infirmier.

L'équipe m'a accordé une place particulière dans le « groupe coordination des soins » qui organise entre autres le travail pluridisciplinaire. J'ai ainsi pu comprendre la complexité de transformer des théories en pistes concrètes, parfois avec un certain découragement, mais malgré tout avec beaucoup de plaisir. Mon apprentissage principal est que « soigner » est une science éminemment humaine qui ne s'applique pas comme une simple recette, le « relationnel » prime sur les protocoles, et il faut avant tout se parler et se connaître pour travailler ensemble à un projet de qualité.

[28] http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1006

Perspectives d'avenir

Les quatre pistes explicitées dans ce travail pourront être approfondies et mises en pratique.

La collaboration autour du « DMG + » est une proposition qui a intéressé les professionnels de terrain. Le développement des fonctions de promotion de la santé pour les infirmiers semble être une piste d'avenir communément acceptée.

La fonction de gestionnaire de cas (pour des personnes âgées comme pour d'autres cas complexes) a été accueillie avec intérêt mais mérite une réflexion approfondie. Ce type de partage des tâches est en effet un « changement de paradigme » qui pose des questions identitaires et éthiques aux professionnels de terrain.

Ces pistes sont applicables au contexte d'un centre de santé intégré.

La piste des « pratiques avancées » demande des études supplémentaires car elle nécessite d'importants efforts financiers du gouvernement (pour adapter les formations et la législation) sans garantir une satisfaction des professionnels et des patients.

D'autres pistes concrètes ont été amenées par les discussions de groupe (partager les tâches dans le suivi des patients diabétiques ou hypertendus, instaurer des consultations infirmières autour de la contraception, confier des tâches de gestion aux infirmiers,…). Chaque piste devra être construite sur base des besoins locaux de la population et en accord avec les professionnels concernés. Etablir des protocoles transposables tels quels d'un endroit à l'autre me semble périlleux.

Les expériences étrangères permettent de prendre du recul et de s'inspirer de certaines pratiques. Le principe de subsidiarité, parfois mieux appliqué ailleurs, amène à réfléchir à l'utilisation des ressources en Belgique.

L'intérêt que les professionnels interrogés ont manifesté envers le sujet montre qu'il est au centre des préoccupations des acteurs du terrain. Beaucoup d'entre eux sont en recherche d'une amélioration de la qualité des soins qu'ils dispensent et de leur qualité de vie. De nombreuses idées émergent et laissent présager que nous ne sommes qu'au début de nouvelles recherches. Il est essentiel que tous les niveaux concernés y soient impliqués : patients, professionnels, autorités politiques et de santé publique.

Il sera nécessaire d'évaluer chaque nouvelle expérience afin de ne pas se précipiter dans des pratiques supposées plus efficientes sans en avoir la preuve. Ce concept d'efficience a des limites. La qualité des soins dépend de la motivation des travailleurs. Du point de vue des patients, l'accessibilité et la relation humaine à long terme sont des caractéristiques essentielles. Le « facteur humain » devra rester le centre de ces recherches car il est la clef de voûte d'un système de santé efficace.

Il y a de nombreuses pistes de recherches ultérieures :

- Chacune des pistes citées dans ce travail pourrait faire l'objet de recherches plus approfondies, entre autre de type « recherche-action » ;
- Des études d'opinion à grande échelle pourraient être menées auprès des patients et des professionnels de terrain, incluant les médecins en pratique solo ou en groupes mono-disciplinaires et les infirmiers indépendants ;
- Des études de coûts sur les nouvelles pratiques dans le contexte belge seraient utiles ;
- Une interrogation des médecins généralistes et infirmiers qui ont abandonné la profession serait intéressante dans le cadre d'une réflexion sur l'impact du partage des tâches sur l'attractivité des professions de la première ligne ;
- Des recherches sur le partage des tâches entre généralistes et spécialistes et entre infirmiers et aides-soignants seraient nécessaires, ainsi que des études sur la collaboration entre les anciennes et les nouvelles fonctions de la première ligne de soins.

Bibliographie

[1] Degeest I., De Munck P., Gerits N., Gosselain Y., Somasse Y.E. **Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins**. Etude exploratoire dans les maisons médicales et wijkgezondheidscentra réalisée par Vereniging van wijkgezondheidscentra en collaboration avec Fédération des maisons médicales à la demande du SPF- Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, janvier 2012.

[2] Barbosa V., Caremans B., De Munck P. et al. **Les métiers de demain de la première ligne de soins**. Etude réalisée par la Fédération des maisons médicales, 2011, à la demande du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

[3] Buff A. **Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations.** Mémoire pour l'obtention d'un DESS en économie et management de la santé - IEMS Lausanne Faculté des HEC et Faculté de Biologie et de médecine de l'Université de Lausanne - Octobre 2006

[4] Paulus D , Van den Heede K, Mertens R. **Position paper : organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique**. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).2012. KCE Reports 190Bs. D/2012/10.273/83.

[5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Rapport sur la santé dans le monde, 2008 **Les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais**.

[6] Sibbald B. **Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale**. *Revue française des affaires sociales,* 2010/3 n° 3, p. 35-47.

[7] Midy F. **Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires *Revue de la littérature 1970-2002,*** document de travail février 2003, publié par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES). Résumé dans le Bulletin d'information en économie de la santé n°65, mars 2003, CREDES

[8] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. **Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, l'apport d'expériences européennes et canadiennes**. Document de travail n°57, publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Résumé dans le Bulletin d'information en économie de la santé n° 95, publié par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) - Juin 2005.

[9] Fédération des maisons médicales, revue « Santé Conjuguée » avril 2013 n°64 « **Les infirmièr-es sous les projecteurs** » - édition en cours – consulté le 03/04/2013

[10] Groupe d'étudiants infirmiers. **Pratiques avancées, de quoi parlons-nous ?** http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.html Travail de réflexion mené dans le cadre d'un master « Audit Expertise Soins », 2005-2006, Institut Supérieur Montsouris de Paris, consulté le 10/04/13

[11] HAS. **Délégation, transferts, nouveaux métiers…Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS**. Avril 2008

[12] Meeus P, Van Aubel X. **Performance de la médecine générale, bilan de santé**. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11

[13] Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C**. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis**. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 72B D/2008/10.273/08

[14] Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. **Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession?** . Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 90B (D/2008/10.273/64)

[15] Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. **Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites**. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53)

[16] Fédération Nationale des Infirmiers de Belgique (FNIB), Nationale federatie van Belgische Verpleegkundigen (NFBV) **Proposition de réforme de la formation infirmière en Fédération Wallonie-Bruxelles -** Proposition à l'issue de nos réflexions et ateliers de travail, août 2012.

[17] SIDIIEF (Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone) http://www.sidiief.org/~/media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIEF/7_1_1_Profil_Formation/RapportCIFI%20SIDIIEF2010.ashx consulté le 15/12/2012

[18] Berland Y., **Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences.** Rapport d'étape « transfert de compétences » octobre 2003

[19] Fédération des Maisons Médicales (FMM), revue « Santé Conjugée » juillet 2006 n°37, cahier « course d'obstacles pour soins de santé primaire » : http://www.maisonmedicale.org/-Course-d-obstacles-pour-soins-de-.html, consulté le 07/09/2012 : Ladavid C. **La première ligne, ce n'est pas que l'affaire des médecins généralistes !** p.51-52, Lardennois M. **Une infirmière en première ligne…pour quoi faire ?** p.53-54, Rosière M. **Vers la transdisciplinarité** p.55-56, Interview de Laasman J.M., Boutsen M., Poucet T. (par Heymans I.) **De l'efficience avant toute chose** p.88-94, Drielsma P. **Cueillette bibliographique des obstacles à la réforme des soins de santé en faveur des soins de première ligne,** p 98-110.

[20] Groupe de travail «Profils professionnels» de l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales) Werner B., Allaz A.F., Bader C. et al. **Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique**. Bulletin des médecins suisses 2007;88: 46

[21] Morel J. **Rapport relatif à la réforme des études de la santé.** Parlement de la Communauté française, 01/07/11. 235 (2010-2011) — No 1

[22] Buchan J, Calman L. **Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advances roles**, OECD Health Working Papers 17, fev. 2005

[23] Fisette M.L, Jadoulle P., **La communication médecin généraliste-infirmière : une expérience en maison médicale**. Source inconnue, 2008.

[24] Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A, Baker R**. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care**. J Adv Nurs. 2007 Jan;57(2):172-80.

[25] Rashid C. **Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review**. Journal of Advanced Nursing 66(8), 2010; 1658–1670.

[26] Macinko J, Starfield B, Shi L. **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries , 1970 – 1998**.Health Services research 2003 ; 38 : 3 : 831-65.

[27] Groupe sectoriel des infirmier(ère)- s de la Fédération des maisons médicales. **Le travail infirmier en maison médicale : pratiques innovantes de soins transdisciplinaires**. 5ème Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones « SIDIIEF », Genève, 20 au 24 mai 2012

[28] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. **Substitution of doctors by nurses in primary care**. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.

[29] Buchan J., Dal Poz M.R. **Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence.** Bulletin of the World Health Organization 2002; 80:575-580.

[30] FMM, revue « Santé Conjuguée » avril 2011 n°56 « Dessine-moi un centre de santé !» : http://www.maisonmedicale.org/-Dessine-moi-un-centre-de-sante-.html, consulté le 10/12/12. Poucet T. **(Sans foi sur les métiers ?), Remaillons les disciplines** ! p.99-104

[31] HAS. **Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé – rapport final.** Février 2008

Annexes

Annexe I : Questionnaire remis aux participants du groupe d'infirmiers

PARTAGE DES TACHES ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERS - *QUESTIONNAIRE*

Que pensez-vous des 4 pistes proposées ?

PISTE 1 : PROMOTION DE LA SANTE - ***AUGMENTER LA COLLABORATION VIA L'OUTIL « DMG+ »***

Depuis avril 2011, nous avons l'occasion de « systématiser » plus la prévention chez nos patients de 45 à 75 ANS via l'outil « DMG+ » composé de 6 items : état général et hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation,…), risque cardio-vasculaire, dépistage de certains cancers, vaccination, dépistage biologique de maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, hyperlipidémie), et santé mentale. En maison médicale, beaucoup de ces tâches sont déjà bien réparties entre les infirmiers et les médecins, comme la vaccination par exemple. La piste proposée ce jour est de réfléchir ensemble à une utilisation optimale des compétences et des envies de chacun, créer un outil qui réparti les tâches de manière claire, et pourquoi pas aller plus loin dans les rôles attribués aux infirmiers dans le domaine de la promotion de la santé (par exemple qu'ils organisent des consultations « alimentation » ou « tabacologie »)…

(**Pour les curieux** : dans le document ci-joint je propose un outil que nous avons créé avec ma collègue infirmière. Nous y avons réparti les tâches en fonction des métiers (nous avons inclus les autres professions de l'équipe). Cet outil est incomplet, et imparfait, ce n'est qu'une piste. Vous pouvez y jeter un œil si vous le souhaitez (et nous donner votre avis !))

Sur cette idée générale « participation active des infirmiers au programme DMG+ », votre opinion :

LES FREINS	LES LEVIERS (Facteurs favorisants)
LES INCONVENIENTS	LES AVANTAGES

PISTE 2 : FONCTIONS SPECIALISEES POUR DES GROUPES-CIBLES PARTICULIERS – *AUMGENTER LA COLLABORATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES « FRAGILES » A DOMICILE*

La population vieillit, ce n'est plus un secret. Nous sommes de plus en plus confrontés à des situations complexes à gérer à domicile: patients avec beaucoup de co-morbidités, dans des situations sociales parfois difficiles, avec lesquels la dimension « humaine » du soin est primordiale. Beaucoup de travaux ont été faits sur le partage des rôles entre les intervenants de première ligne dans le suivi des personnes âgées. Comme pour la première piste, la collaboration médecin-infirmier est déjà très importante dans la plupart des maisons médicales. De par leur contact privilégié avec les patients, les infirmiers sont aux premières loges pour être les garants d'une « vision globale » de la personne. La piste proposée ici est d'augmenter (ou simplement mettre en valeur) ce rôle de « première loge » : faire passer un infirmier à domicile plutôt qu'un médecin pour une visite « de routine » sur deux par exemple, donner le rôle de « référent » du patient à l'infirmier et non plus au médecin….*tant de propositions à creuser !...*

(**Pour les curieux** : dans le document ci-joint, vous pourrez trouver l'organigramme que nous avons créé en collaboration avec ma collègue infirmière (répartition des tâches entre les différents métiers de la MM), ainsi qu'un résumé de quelques projets sur le sujet qui ont attiré mon attention, n'hésitez pas à critiquer !)

Sur cette idée générale « rôle pro-actif, voire principal, des infirmiers dans le suivi des personnes âgées « fragiles » à domicile », votre opinion :

LES FREINS	LES LEVIERS (Facteurs favorisants)
LES INCONVENIENTS	LES AVANTAGES

PISTE 3 : FONCTIONS D'ORGANISATION DES SOINS – *LE GESTIONNAIRE DE CAS*

Cette fonction recouvre en partie la piste 2. Il s'agit d'une « nouvelle fonction » proposée pour venir en aide au médecin dans la gestion des « cas complexes ». Les « cas complexes » peuvent être des personnes âgées fragiles à domicile, mais aussi des personnes moins âgées qui présentent d'autres fragilités (sociales, mentales) et/ou de nombreuses pathologies chroniques. Dans un rapport récent sur l'avenir des soins aux malades chroniques en Belgique, le KCE recommande chaudement de développer ce rôle, et de le faire jouer par des infirmiers (mais ce n'est pas la seule option). La fonction n'est pas définie précisément. Elle recouvrirait une partie « clinique » : aider le médecin à rédiger des objectifs et un plan de soins, et veiller à sa mise en application avec réévaluation régulière, et une partie « organisationnelle » : coordonner les intervenants, organiser des concertations, planifier les rendez-vous et les échéances, et ce genre de tâches…

(**Pour les curieux** : dans les documents ci-joints, j'ai rédigé une page de résumé sur cette fonction à partir de différentes lectures. Je reprends des extraits de textes qui aident à éclaircir le rôle…mais il reste bien flou, *peut-être à construire ensemble !*)

Sur cette idée générale « un infirmier pourrait devenir « gestionnaire de cas », c'est-à-dire être référent et coordinateur des soins autour d'un patient », votre opinion :

LES FREINS	LES LEVIERS (Facteurs favorisants)
LES INCONVENIENTS	LES AVANTAGES

PISTE 4 : FONCTIONS CLINIQUES POLYVALENTES – *DES PRATIQUES AVANCEES EN BELGIQUE ?*

Dans plusieurs pays autour de nous (surtout chez les « anglo-saxons » : Royaume Uni, Canada, Australie, Etats-Unis) les infirmiers ont accès à des formations (universitaires) pour devenir des infirmiers « de pratique avancée ». Ils ont alors des fonctions cliniques et diagnostiques étendues, et parfois même obtiennent le droit de prescrire des médicaments (sur des listes restreintes et dans un cadre précis). Ils assurent des consultations « tout venant » où ils réalisent un premier tri : ils gèrent seuls des problèmes « simples » (ex : pathologies infectieuses courantes (angine, grippe, gastro-entérite), quelques actes techniques (verrues, petite gynécologie (frottis), sutures,…),…) et si le problème est plus « complexe », ils dirigent les patients vers les médecins. Ils font parfois également des tris téléphoniques d'appels de garde, et des visites à domicile de routine. Le KCE, dans le rapport précité, recommande également le développement de ce type de pratique en Belgique.

(**Pour les curieux** : dans les documents ci-joints, j'ai rédigé une feuille pour expliquer la fonction de manière un peu plus précise, mais dans chaque pays la définition et les tâches sont différentes donc je ne dispose pas d'une information très précise !)

Sur cette idée générale « Il serait intéressant (si le contexte légal et la formation le permettait) de pouvoir accéder à une pratique avancée en tant qu'infirmier en Belgique », votre opinion :

LES FREINS	LES LEVIERS (Facteurs favorisants)
LES INCONVENIENTS	LES AVANTAGES

Annexe II Exemples de fonctions remplies par les infirmiers en deuxième ligne (retrouvées dans la littérature)

Néphrologie	**France** : « infirmière experte en hémodialyse »*, projet de collaboration médecin-infirmière pour l'insuffisance rénale* **Pays- Bas/USA** : Infirmières spécialisées en dialyse « nephrology-nurse-practitionners » **Québec :** « pratique avancée en néphrologie » (diagnostic des problèmes courants, prescription et adaptation des médicaments)
Hépato-gastro-entérologie	**France :** « infirmière clinicienne en hépato-gastro-entérologie » *« infirmière experte dans le suivi des patients hépatite C + »* **Royaume-Uni :** Suivi des maladies inflammatoires intestinales
Diabétologie	**France :** « consultation pour le diabete II » * **Belgique :** convention, trajets de soins, spécialisation en diabétologie
Cardiologie	**Québec :** pratique avancée en cardiologie **Belgique** : CHU Liège, infimière « éducatrice » pour les insuffisants cardiaques
Oncologie	**Belgique :** spécialisation en oncologie
Psychiatrie	**Belgique** : spécialisation en psychiatrie
Urologie	**France** : « assistante en pathologie prostatique » *
Imagerie médicale	**Echo(cardio)graphies faites par des « manipulateurs » (parfois infirmiers) sous la responsabilité d'un médecin** : Royaume-Uni, Pays Bas, Norvège, Finlande, République Tchèque, Grèce, Hongrie, Portugal, Autriche, Canada, Etats-Unis (très développé) (France : *) **Explorations fonctionnelles digestives, endoscopies digestives :** Royaume-Uni, Etats-Unis (France*)
Radiothérapie	**France :** « manipulateur en électroradiologie » *
Aide urgente	**Belgique** : mise en place du « paramedical intervention team » (PIT)
Néonatalogie	**Québec** pratique avancée en néonatalogie **Royaume-Uni** infirmière clinicienne en néonatalogie
Pédiatrie	**France** Consultation de tri et d'orientation par une infirmière puéricultrice aux urgences pédiatriques
Anesthésie-Réanimation	**France** : anesthésies locorégionales,voies veineuses centrales,gestion de la douleur post-opératoire, cathétérisme vasculaire (*) **Pays-Bas** Compétences étendues dans les unités de soins intensifs (ex : cathétérisme, extubation des patients)
Chirurgie	**Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis** « Physician Assistants » (pas forcément infirmiers) **Pays-Bas ***

* Projets expérimentaux

Annexe III Tableau de répartition des tâches autour du DMG + en équipe pluridisciplinaire

DMG + en équipe pluridisciplinaire : qui fait quoi ?

En rouge = les travailleurs les mieux « pressentis » pour la tâche

	MEDECIN	**INFIRMIER**	**AUTRES INTERVENANTS**	**SUPPORTS ORGANISATIONNELS**	**OUTILS PRATIQUES**
1.Etat général					
Conseils alimentaires	En consultation (Conseil opportuniste)	Proposer une **consultation alimentation** pour pathologies « simples » (obésité, dyslipidémie, HTA, *diabète II* ?)	Consultation **diététicienne (pour pathos spécifiques : ex diabète II, by-pass, insuffisance rénale…)** **Groupes « alimentation » pluridisciplinaires** Avec populations cibles (« cardio vasculaires », communauté culturelle) **Patients :** groupes de pairs ? **Accueil** *Participation de traducteurs extérieurs aux groupes (pour comprendre les représentations des patients)*?	Faire connaître le rôle de l'infirmier au patient : -Affiches ou support audiovisuel (TV) dans la salle d'attente -lettre au patient -information donnée par le médecin Campagnes « alimentation » dans la salle d'attente (proposer fruits,…) via pictogrammes pour patients défavorisés !!! Besoin de consensus préalables avec les médecins, formations communes sur ce qu'il faut dire aux patients	**Travailleur :** Questionnaire SSMG www.mangerbouger.be http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_Alimentationoptimale.pdf http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_Assietteideale.pdf **Patient :** www.mangerbouger.be www.mongeneraliste.be

Exercice physique	En consultation (Conseil opportuniste)	En consultation (Conseil opportuniste)	Activités sportives proposées avec les **kinés** **Accueil**	Salle de sport dans le centre de santé Affiches salle d'attente pour proposer évènements sportifs avec l'équipe *Attention : besoin du soutien des autres travailleurs pour que ce soit efficace !*	**Travailleur :** Questionnaire SSMG Site SSMG : http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_Activitephysique.pdf www.mangerbouger.be **Patient :** www.mangerbouger.be www.mongeneraliste.be
Tabac	**En consultation « tout venant » ou spécialement prévue (avec entretien motivationnel (EM), etc)**	*Consultation tabacologie par infirmier ?* (formation à l'EM) *Facturation possible ??*	**Groupes « tabac » pluridisciplinaires** *Tous les travailleurs peuvent le faire* **Accueil**	Affiches salle d'attente pour faire connaître le rôle infirmier (s'il fait de la tabacologie) Animations salle d'attente avec un travailleur Organiser des « ateliers tabac » en demi-journées Proposer des journées tabacologie à la MM (avec **tabacologue invité**?) Sensibiliser les travailleurs à poser simplement la question ! (intervention brèves)	**Travailleur** -Questionnaire SSMG - www.tabacstop.be (section « pour les profesionnels ») -Site ssmg « tabac » http://www.ssmg.be/cellules-specifiques/tabac -Formation à l'entretien motivationnel -Fagerstrom : http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Tabac_TestFagerstrom_complet.pdf Contact MM Barvaux ou MM Jette (Antenne Tournesol) => ateliers tabac **Patient** www.tabacstop.be

Alcool	**En consultation**	*Consultation alcool par infirmier ?*	Réseau du quartier (associations) **Patients :** groupe de pairs type AA dans le centre de santé ? **Accueil**	Campagnes prévention salle d'attente Proposer des lieux de rencontre sans alcool (ex : café sans alcool dans le quartier) *Participation de traducteurs extérieurs si groupes de patients ?* *!!! Risque de stigmatisation si groupe au sein de la MM, adhésion des patients ?*	**Travailleur** -Questionnaire SSMG http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf (= « Alcool et MG : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves ») -Site SSMG http://www.ssmg.be/cellules-specifiques/alcool -Questionnaire CAGE -Grille évaluation dépendance à l'alcool http://www.cercles.be/base_cercle/fichiers_fiches/262.pdf **Patient** -www.mongeneraliste.be -Les Alcooliques Anonymes
2. Cardio-vasculaire (CV)					
Anamnèse (atcd familiaux et personnels- Facteurs de risque CV)	**En consultation**	**Consultation « cardio-vasculaire » (CV) prévue à cet effet**	/	Affiches dans la salle d'attente pour rappeler rôle infirmier (ou autres canaux de communication) Campagnes prévention dans la salle d'attente	**Travailleur** -Outil « ABCDEFGH » http ://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Cardio_PSMG_Plaquette.pdf **Patient** www.mongeneraliste.be
Examen physique BMI Périmètre abdo TA Auscultation	Consultation comprenant **Auscultation, pouls et téguments**	**Consultation CV** ? Infirmier prend les paramètres et les encode	/		

Calcul SCORE - encodage informatique	Consultation	**Consultation**	/	Explications du SCORE dans la salle d'attente ?	**Travailleur** Table « SCORE »
Prescription ASA (aspirine)	**Consultation (envoyé par infirmier)**	//	/	*Procédure à définir pour référence au médecin !!*	
3. Dépistages cancers					
Colo-rectal (hémoccult) -explications et discussion patient - dépistage patients à risque (=>colono) -donner le test -lire et encoder les résultats -remettre une échéance - annoncer des résultats anormaux	Tous les items faisables **Si résultats anormaux**	**Tous les items faisables sauf annonce mauvais résultats ?**	?	Campagne salle d'attente	**Patient** www.cancerintestin.be
Sein (mammotest) -Explications et discussion -Faire demande d'examen -lire, encoder les resultats -remettre une échéance - annoncer des resultats anormaux	Tous les items faisables **Prescription du test+** **Si résultats anormaux**	**Tous les items faisables sauf annonce mauvais résultats et prescription du test**	?	Campagne salle d'attente	**Patient** www.lemammotest.be
Col de l'utérus (frottis) -Explication et discussion	**Tous les items faisables**		?	Campagne salle d'attente	

- Réaliser le frottis - Encoder résultats - Remettre une échéance - Annoncer résultats anormaux		*Frottis pourrait-il devenir un acte infirmier ?*			
4. Vaccins (Diphtérie-Tetanos / Grippe / Pneumocoque)					
Sélection patientèle concernée et mise échéances		**oui**	Accueillant Assistante sociale	Utilisation dossier informatisé	**Travailleur** -Recommandations DMG+ -http://www.ssmg.be/prevention/vaccins -www.vaccination-info.be -www.health.belgium.be **Patient** www.vaccination-info.be
Rappel au patient	**En consultation**	**Appel du patient**	Idem ?	Lettre envoyée au patient	
Prescription vaccin	**Oui**	Non	Non	*Qui vérifie les contre-indications (CI) ?? =>* Faire feuille « CI à vérifier avant injection » dans chaque cabinet med/inf	
Vaccination	oui	**oui**		Présence nécessaire du médecin	Formation « prise en charge choc anaphylactique » pour inf et med avec protocole affiché dans cabinets
Encodage et ré-échéance	oui	**oui**		Celui qui a vacciné encode	

5. Biologie clinique					
Glycémie (dépistage diabète II (DB II)) -sélection patientèle à risque - explication patient et demande de biologie - annonce des résultats	**Tous les items**	**Aide médecin pour sélection patientèle ?** **Consultation « éducation diabète » si résultat+** .	Consultation **diététicienne** si résultat + Consultation **kiné** pour activité physique (consultation individuelle ?)	Rappels aux médecins 1x/A des critères de dépistage ? Échéance dans le dossier informatisé (DI) « dépistage diabète »?	**Travailleur** Questionnaire SSMG (critères) http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_Diabete.pdf **Patient** www.mongeneraliste.be
Créatinine et protéinurie (dépistage insuffisance rénale (IR)) -Sélection patientèle à risque -explication patient et demande de bio -annonce des résultats	**Tous les items**	**Aide médecin pour sélection patientèle ?** **Conseils diététiques si résultat +**	Consultation **diététicienne** si résultat +	Rappels aux médecins 1x/A des critères de dépistage ? Échéance DI « dépistage insuffisance rénale » ?	**Travailleur** Questionnaire SSMG (critères) http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_IRC.pdf **Patient** www.mongeneraliste.be
Lipides (risque CV) -sélection patientèle à risque -explication et demande bio -annonce résultats	**Tous les items**	**Aide médecin pour sélection patientèle** **Conseils diététiques si résultat +**	Consultation **diététicienne** si résultat + Activité physique avec **kinés**	Encodage échéance « risque CV » tous les 5 ans > 50 ans	**Travailleur** Questionnaire SSMG http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/Nutrition_Graisses.pdf **Patient** www.mongeneraliste.be

5. Santé mentale					
Prévention IR	**En consultation**	**En consultation**	**Tous les travailleurs**	Campagne salle d'attente	
Dépistage dépression	**En consultation**	**En consultation**	Toute l'équipe peut poser la question ! Que faire après ? => **-Psychologue** **-Kiné (relaxation)** **-Infirmier** **-Medecin** **-Projet 107**	Travail sur les déterminants non médicaux (ex logement) ? (rôle de l'assistante sociale ?)	**Travailleur** Critères DSM IV (V) Dépistage dépression en MG : http://www.ssmg.be/prevention/sante-mentale Echelles infirmières dépistage dépression http://www.best.ugent.be/BEST3_FR/francais_echelles_themes_depression2.html Projet « hospitalisation à domicile » (inf1x/jour, med 1x/semaine)

Annexe IV Prise en charge de la personne âgée fragile à domicile, exemples de projets en équipe pluridisciplinaire:

"Vulnérabilité des personnes âgées résidant à domicile"

Personnes de contact : Dr Liesbeth Daniels et Dr Jan Vanschoenbeek (en collaboration avec le GLEM Halen-Lummen), projet retenu aux INAMI QUALITY AWARDS 2011

Objectif triple :

- Analyse de l'identification de personnes âgées vulnérables dans la pratique
- Propositions d'avis/actions afin que les personnes âgées restent le plus longtemps possible à domicile ou afin d'éviter toute régression
- Formulation de propositions d'une organisation multidisciplinaire en cercle local

Leur projet a débouché sur la création d'un site internet reprenant les critères de vulnérabilité, des grilles de dépistage, des outils de suivi, et une proposition de répartition des tâches entre plusieurs disciplines d'intervenants de première ligne. Site néerlandophone.

⇨ http://www.huisartsen-loksbergen.be/frail/index.html

Maison Médicale d'Herstal : « Soins partagés entre médecin généraliste et infirmier dans une maison médicale »

Projet débuté en 2005, sur l'augmentation de l'autonomie des infirmiers, comprenant entre autres la mise en place d'une co-gestion de certains malades chroniques au domicile.

Leur projet a débouché notamment sur la mise en pratique de visites à domicile chez les personnes âgées en alternance médecin/infirmier, avec des protocoles établis. Un travail de fin d'études (infirmières) a été fait sur le projet, contact : Xavier Patti, Marc Franckh

Maison Médicale « du Nord », Bruxelles : projet au domicile des personnes âgées

Action débutée en 1997, adressée à tous les patients de > 70 ans.

But : Amener un autre regard sur la personne âgée, lui éviter d'être perdue dans l'anonymat d'une patientèle

Que font-ils ?

- Répartir les patients par « médecin titulaire »,
- Faire remplir par le médecin titulaire les grilles d'évaluation du patient
- Récupérer les scores, encoder les scores dans le programme ad hoc
- Lorsque le score établi par le médecin traitant est supérieur ou égal à 70, l'évaluation du patient est présentée en équipe pluridisciplinaire et, collégialement, l'équipe mobilise ses ressources afin de proposer une aide cohérente en fonction des besoins du patient, sous forme d'objectifs à atteindre. Cette aide se décline comme suit : organisation de passages réguliers de différents professionnels de santé (médecins, kiné, infirmier, A.S.,…) coordonnés avec ceux des personnes annexes, plus proches du patient, lorsqu'il y en a. La formulation de l'objectif à atteindre est encodée dans le programme ad hoc, ainsi que dans le dossier médical du patient.

Infos : « catalosanté » de la FMM http://www.maisonmedicale.org/-Cat-losante-.html

Autres : Projet similaire au dernier cité mise en place à la maison médicale de Barvaux

Annexe V Prise en charge de la personne âgée fragile à domicile, en équipe pluridisciplinaire :

1. Médecin généraliste (MG) rencontre une personne âgée (P.A.) en consultation ou visite (pas d'âgé fixé, au cas par cas)

2. MG évalue la fragilité de la P.A. par différents critères (cf échelle de fragilité)

PA fragile

PA non fragile (à réévaluer dans 1 an)

MT propose suivi multidisciplinaire si souhait de rester à domicile

MT	Infirmière	Kiné	Diététicienne	AS	Aide familiale	Famille
vision globale « médicale » -Coordonne les soins ?? - établi le plan de soins -clinique « occasionnelle » - prescription du traitement	vision globale des besoins et du quotidien (échelles d'évaluations, autonomie) - Coordonne les soins ?? *case manager ??* - Application et évaluation du plan de soins - clinique quotidienne (paramètres,..) -Délivrance et supervision du traitement	vision globale + aide ponctuelle : -Evaluation du risque de chute -adaptation du domicile (ergothérapeute ?) -prévention de la diminution de la masse musculaire	Aide ponctuelle : -Evaluation de la diminution d'appétit - Etablissement d'un plan alimentaire équilibré	Aide ponctuelle : - Suivi du dossier social -Aide dans les papiers administratifs	Aide ponctuelle -soins d'hygiène -Préparation de repas équilibrés -nettoyage du domicile	Vision globale Aide en fonction des possibilités et des représentations si elle est présente

Annexe VI Description de la fonction « gestionnaire de cas » (case manager) sur base d'extraits de plusieurs sources

Sources :

KCE : « Position paper » sur l'avenir des soins aux malades chroniques en Belgique (KCE) [4]

Revue « Santé Conjuguée » de la Fédération des maisons médicales, numéro d'avril 2013 spécial « infirmières » article de Miguel Lardennois « A quoi mieux former le personnel infirmier de demain ? » (SC) [9]

Rapport de 2010 sur le projet PRISMA-France : (PRISMA = « Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie », c'est un projet pilote expérimenté avec succès au Québec* qui a été importé en France. L'objectif est d'implanter des innovations dans le système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie, via six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan de services individualisé et un système de partage d'information. J'ai utilisé la partie « gestion de cas » comme source pour ce petit résumé sur la fonction.) http://www.fng.fr/html/etudes_recherche/1pdf/FNG_Prisma_France_volII.pdf (PRISMA)
(*International Journal of Integrated Care – Volume 13, 22 February – URN:NBN:NL:UI:10-1-114280 – http://www.ijic.org/ Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program)

1.Quand faire intervenir cette fonction ?

- **Dans des cas complexes** : grand nombre d'intervenants auprès d'un patient, personne fragile physiquement, mentalement ou socialement (KCE-SC)
- **ET/OU dans des moments critiques :** au lendemain du diagnostic, après la sortie de l'hôpital ou après une phase aigüe (KCE)
- **En prévention de la perte d'autonomie** (dans le cas d'une personne âgée, agir avant que la situation clinique ou sociale se dégrade, avant la zone de « non retour ») (PRISMA)

2.Qui joue ce rôle?

Différents avis sur la question ! Médecin, infirmier, assistant social, gestionnaire ?

« les ***infirmiers sont parmi les plus présents*** (en temps et/ou fréquence) au chevet du patient tout au long de la journée, de plus en plus intégrés ou connectés à d'autres professionnels de la santé (outre les aides soignants) » (SC)

« Une étude belge récente, qui vient confirmer des expériences étrangères montre que ce rôle d'interface, de coordination, de facilitateur de collaboration (une partie de ce qu'on entend parfois sous le concept de *case manager*) devrait ***idéalement être endossé par un infirmier.*** **Mais** cette étude montre également que les infirmiers ne sont ***pas préparés à ce rôle par leur formation et qu'ils ne sont donc pas souvent enclins à le jouer***.» (SC)

« Cette tâche n'est pas de nature médicale, mais relève de la gestion, qui ne doit au demeurant ***pas nécessairement être menée à bien par un professionnel de la santé*** » (KCE)

« ***Idéalement, le médecin généraliste*** fait appel à des ressources disponibles au niveau de sa pratique, mais c'est rarement le cas. En guise d'alternative, ***les infirmiers à domicile ou d'autres professionnels (comme des assistants sociaux ou des collaborateurs des CPAS)*** peuvent jouer le rôle de gestionnaire de cas (case manager), en accord avec le patient et le médecin généraliste, en respectant un ensemble

de critères similaires à ceux qui s'appliquent à la délégation des tâches cliniques (voir Point d'action 4.1) » (KCE)

« pour certains experts, cet intervenant devrait être un ***professionnel de la santé*** qui coordonne les soins tant biomédicaux que non médicaux (i***déalement un infirmier formé en santé communautaire***). Pour d'autres, il peut être un ***assistant social*** chargé de la coordination des services non biomédicaux. Lorsqu'un ***infirmie***r réalise des tâches médicales, il ***peut cependant être plus efficace*** de combiner ces tâches avec la gestion de cas, plutôt que de faire appel à un énième intervenant supplémentaire. » (KCE)

« La gestion de cas est un nouveau rôle, exercé par des professionnels formés (De formation initiale ***infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes***, ou bien encore ***psychologues,*** les professionnels bénéficient d'une ***formation complémentaire*** pour exercer cette fonction). Durant le déploiement expérimental en France de PRISMA, un des objectifs poursuivis était de ne pas donner naissance à un « nouveau dispositif indépendant » (rapidement qualifié de « nouvelle couche »), ce qui entraînerait une fragmentation supplémentaire. » (…) Une ***équipe interdisciplinaire de gestionnaires de cas*** est une idée faisable et valable (PRISMA)

3.Quel rôle ?

Pas de définition universelle ! Certains incluent dans la fonction des tâches cliniques **et** organisationnelles, d'autres ne parlent que de tâches de coordination sans rôle de clinicien *(tout dépend de la fonction initiale de l'intervenant !)*

« (Assister le médecin généraliste dans) la gestion des cas complexes, en prévention de la perte d'autonomie du patient »

TACHES CLINIQUES (PLAN DE SOINS)

- Avec le MG : fixer les objectifs à long terme et le **plan de soins** (**planifier***) « le gestionnaire de cas doit soutenir l'effort de* ***problématisation*** *auprès de ses partenaires, cliniciens ou cadres, et des familles »* (PRISMA)
- Mettre en œuvre le plan et le suivi des objectifs (**réaliser le suivi**)
- **Anticiper :** l'évolution de l'état de santé**,** les besoins en soins infirmiers et médicaux**,** les besoins d'encadrement social

TACHES ORGANISATIONNELLES (CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE)

- **coordonner** les activités des intervenants proches et « extérieurs » (hôpital,…)
- **organiser** des moments de concertation multidisciplinaire (maîtriser des outils de communication modernes ex : « mobile e-health »)
- prendre en compte les apports de tous intervenants
- prendre en compte les apports du patient et de son entourage

« Analogie du ***chef d'orchestre*** *qui coordonne des ressources locales (…) le* ***référent*** *stable dans le temps et dédié non pas à donner les services mais bien à les coordonner, son action et sa stratégie d'exposition des partenaires sont plutôt centrées sur une offre d'intervention intensive et en profondeur (ce qui exige une charge de cas très basse) visant à débloquer des situations complexes pour lesquelles les services existants n'ont plus de solution. Cela est très bien reçu par les partenaires, heureux de partager la responsabilité de ces situations extrêmes car sociales, avec un acteur qui a plus de temps qu'eux pour agir en profondeur. »* (PRISMA)

NB : au canada ils existe des « infirmiers gestionnaires de cas » dont la fonction se centre sur l'aide aux travailleurs malades ou en accident de travail (rôle différent de celui présenté ici)

4. Pourquoi faudrait-il développer cette fonction ?

« Il est établi qu'une gestion de cas a un ***impact positif sur la qualité des soins***, notamment pour les personnes âgées et les patients souffrant de démence » (KCE)

« Un **risque de multiplication des intervenants et de fragmentation des soins** dans les dossiers complexes : il convient dans ces cas d'envisager la désignation d'un case manager » (KCE)

« Ce rôle rend attentif à des dégradations qui pourraient arriver, action en prévention, parfois ***vision plus large que celle centrée sur les plaintes de la personne*** (…) l'idée que la coordination dans ce modèle a *un* ***caractère plus systémique et plus systématique que les pratiques existantes*** a peu à peu émergée. En ce sens, la coordination proposée dans le projet PRISMA France ajoute finalement quelque chose d'important. Cela révèle une **transformation relative de la conception de la coordination**, surtout chez les gestionnaires de cas eux-mêmes et chez leurs partenaires les plus immédiats, et pour lesquels la plus-value a des effets concrets. » (PRISMA)

OBSTACLES ET RISQUES (KCE) :

- Le risque de **surcharge de travail**: les gestionnaires de cas (case managers) courent ce risque, en particulier en cas de multiples demandes de coordination pour des problématiques sociales complexes;
- Les **barrières culturelles dans la profession**: certains médecins généralistes, surtout en pratique « solo », pourraient considérer la délégation de la gestion de cas à un tiers comme un 'choc culturel', même si le patient conserve une relation de confiance avec son médecin généraliste *
- Les **modalités des réunions de coordination**: de nombreux médecins généralistes éprouvent des difficultés à être présents aux réunions de coordination, alors qu'ils y jouent un rôle clé. Cette activité prend beaucoup de **temps**, en particulier en raison des déplacements. Les technologies modernes de communication peuvent être une solution, à la condition que leur accès soit facilité et encouragé.
- Les nouvelles interactions avec le **patient:** ce dernier doit être disposé à nouer une relation avec un nouveau professionnel qui ne faisait peut-être pas partie précédemment de l'équipe de première ligne.
- Une **gestion de cas versus gestion de la maladie**: il y a un risque que la coordination des soins soit essentiellement ou exclusivement 'orientée maladie' (voir les trajets de soins), avec à la clé un péril pour la qualité des soins en cas de multimorbidité (ex. redondance des examens, conflits entre prescriptions).

*PRISMA :

- **«** Le pouvoir transformateur du modèle sur l'organisation des services se présente comme moins important qu'attendu, puisqu'il est **surtout perçu par les non initiés comme un ajout de services, une couche supplémentaire, dans une organisation des services globalement inchangée** (…). La reconnaissance de la valeur de ressources supplémentaires qui s'ajoutent à l'existant présente une double valence quelque peu **paradoxale.** D'une part, ***il n'y a jamais trop de ressources pour combler les besoins d'une population toujours plus vieillissante, ce qui est vu positivement. Mais, d'autre part, cela confirme aux yeux des partenaires cliniques la relative redondance du modèle à leurs pratiques existantes****, »*

- Le principe d'intégration apparaît, du point de vue des acteurs, plutôt porteur d'un ***risque de standardisation des pratiques***, même si plusieurs reconnaissent la nécessité d'une relative standardisation
- Le mot « **gestion » renvoie à quelque chose d'économique** (…) et le mot « **cas** » est souvent utilisé de façon un peu **péjorative** (…) (pour les patients et les professionnels) ***Mais cela change*** au fur et à mesure de l'exposition. Non pas que la valence de l'étiquette devienne « comme par magie » positive, mais nous avons observés une **désensibilisation aux termes**

5. Comment le faire ?

KCE : « les critères de succès d'une gestion de cas (case management) intégrée dans une équipe de première ligne sont:

- Une **relation de confiance** avec le patient, ainsi que le soutien effectif du médecin généraliste, qui reconnaît la mission et l'importance de ce nouveau partenaire dans la concrétisation du plan de soins;
- Des changements structurels: de nouveaux modèles organisationnels et **protocoles d'accord** doivent préciser les rôles respectifs, les responsabilités et modalités de la collaboration;
- **La formation des professionnels de la santé** impliqués, de manière à leur permettre d'acquérir l'ensemble de compétences requises, notamment dans le cadre du travail pluridisciplinaire;
  Toutes les aptitudes et compétences requises pour la gestion de cas doivent également être intégrées dans les programmes de formation existants ou nouveaux pour former à ce nouveau rôle;
- **Une bonne connaissance de tous les services et ressources disponibles localement** est également un prérequis;
- L'utilisation partagée d'un **dossier médical électronique adapté** (voir aussi la 1ère Recommandation sur le 'module soins chroniques');
- Des **procédures d'assurance qualité** qui prennent spécifiquement en compte le niveau de réalisation des objectifs du patient;
- Une reconnaissance de ce rôle et des mécanismes de **financement** générant des incitants à la collaboration et au partage des responsabilités;
- Un **cadre juridique** définissant les compétences et responsabilités ;
- Pour les cas les plus complexes, les équipes de première ligne peuvent faire appel aux services locaux existants ou aux structures de réseau. Ces dernières peuvent offrir différents types d'assistance et de soutien à ces équipes, au patient et à ses proches. Ce point sera développé dans le point d'action 7.2. » KCE

« La gestion de cas s'appuie sur l'utilisation ***d'outils spécifiques*** (évaluation, planification et coordination). Ces outils visent à faciliter la lisibilité des interventions déterminées en fonction des objectifs définis par la personne âgée, son entourage et les professionnels » (PRISMA)

« Des modalités de travail très co-actives ont été déployées de façon à ce que les équipes de **gestionnaires de cas puissent développer une culture commune** de l'intégration tenant compte des enjeux éthiques » (PRISMA)

« (…) mandat qui exige non seulement une forme de **présence** dans les lieux où ces normes se définissent, mais également **un temps important** » (PRISMA)

Annexe VII Exemples d'autres fonctions et de partage des tâches en première ligne

Assistant médical (fonction de soutien au médecin généraliste) (Allemagne, Pays-Bas) : En Allemagne, c'est un emploi « peu qualifié » accessible après une formation de trois ans, qui comporte une part de secrétariat médical et une part de tâches cliniques de technicité limitée. Des études s'intéressent à la faisabilité du développement d'un rôle similaire en Belgique (« assistant de pratique », rôle qui serait plus complexe que celui décrit pour l'Allemagne). Les conclusions d'une étude récente menée par la Fédération des maisons médicales n'encouragent pas à développer cette fonction dans un futur proche en Belgique [2].

Orthoptiste ou optométriste : auxiliaires médicaux en ophtalmologie (diagnostic et traitement des troubles de la vision et de certaines pathologies « de base »), ex : France, Royaume Uni (activité très développée), Allemagne, Canada [18].

Coordinateur de soins (rôle pouvant être confié à différentes catégories de métier : médecin, infirmier, assistante sociale,..), « gestion » des soins dans les pratiques de groupes [1][2].

Agent de promotion de la santé [2]

Suivi de **pathologies respiratoires** par des **kinésithérapeutes** (aérosolthérapie, ventilation, exploration fonctionnelle respiratoire, spirométrie) (ex : France, Royaume-Uni)

Extension du rôle de pharmacien : autorisés à prescrire en autonomie sur des listes restreintes (listes de pathologies, listes de médicaments, protocoles spécifiques établis par un médecin) ou à renouveler des ordonnances pour des traitements chroniques (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie, Canada) [11]
Intégré dans certaines équipes de soins primaires au Royaume-Uni.

Extension du rôle de puéricultrice (intégrée aux équipes pluridisciplinaires de soins primaires)

Extension du rôle de sage-femme : réalisation de suivi de grossesse et de l'accouchement (Pays-Bas)

« Counsellors » (Royaume-Uni) (conseillers dans les cabinets de soins primaires, assurent le suivi de dépressions « mineures » par ex.), **personnel non-médical dédié aux prises en charges psychiatriques** : but = promouvoir la « démédicalisation » de certains problèmes de l'ordre du mal-être et faire face à la pénurie de psychiatres et à l'augmentation de la demande.

Annexe VIII Différences juridiques internationales concernant la profession d'infirmier

Extrait du tableau « modalités d'exercice de rémunération et aspect juridique de l'activité infirmière dans les pays étudiés » [8]

France	Existence d'un décret d'actes détaillés
Allemagne	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers
Pays-Bas	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers - Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Italie	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandonné en 1999) – Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Suède	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandon progressif) –Définition par champ de responsabilités en fonction des qualifications
Finlande	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers – Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Royaume-Uni	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers – Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Ontario	Textes spécifiques aux actes réalisés par l'ensemble des professionnels (non spécifique aux actes infirmiers)
Québec	Textes spécifiques aux actes réalisés par l'ensemble des professionnels (non spécifique aux actes infirmiers) définissant des champs exclusifs communs