

Collaborer entre médecins et infirmiers : une affaire de complémentarité

Hélène Dispas, médecin
généraliste à la maison médicale
De Brug et
Laetitia Buret, médecin
généraliste à la maison médicale
Hélios.

Pénurie de médecins, complexification des pathologies et des situations : la question d'une réorganisation des soins et du partage des tâches entre médecins et infirmiers est au cœur de l'actualité. Son examen, sous des angles divers, permet d'interroger la collaboration interdisciplinaire : analyse croisant des expériences internationales avec celles des maisons médicales.

Cet article a été rédigé sur base du travail de fin d'études *Partages des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins : recherche de pistes applicables à un centre de santé intégrée en région liégeoise* réalisé par Hélène Dispas dans le cadre d'un master complémentaire en médecine générale¹.

Balises

La collaboration interdisciplinaire a fait ses preuves en termes de qualité de soins^{(A)(B)} ; pourtant, elle ne coule pas de source. Elle nécessite un apprentissage à la fois individuel et collectif, ainsi qu'une remise en question permanente. Les processus qui gouvernent son fonctionnement sont complexes : ils dépendent en partie des contextes et des personnes, ce qui est à la fois une richesse et une difficulté. En maison médicale, l'autonomie dans le travail est une valeur forte et porteuse de créativité ; mais dans certains cas, elle génère une certaine perte d'énergie - on a parfois le sentiment de « réinventer la roue » sans arrêt... Pourtant, certains repères peuvent aider à construire une collaboration de qualité.

Le service d'études et de recherches de la Fédération des maisons médicales se penche actuellement sur l'identification de ces repères, la mise en évidence de processus et de dispositifs de soutien qui aident à améliorer la collaboration interdisciplinaire.

Un de ces processus consiste à répartir les tâches et les rôles de manière claire et optimale. Cela peut sembler simple : « Il suffirait de faire une liste de qui fait quoi et

puis s'y tenir »... Mais un examen plus attentif montre que la question est complexe. Nous l'abordons ici au travers des mécanismes de collaboration entre médecins et infirmiers.

Le partage des tâches entre médecins et infirmiers est un sujet d'actualité. Les expériences se multiplient, et le nombre de publications sur le sujet témoigne d'un climat de questionnement tant du côté des « décideurs » que du côté des personnes de terrain. Le contexte actuel de pénurie de médecins en première ligne (réelle ou ressentie), et la complexité croissante des pathologies chroniques auxquelles nous devons faire face crée un besoin de réorganisation des soins et une recherche identitaire des travailleurs^{(B)(C)}. Chacun doit en effet trouver un rôle qui fait sens à sa fonction dans un système qui se transforme. Nous avons besoin de partager nos points de vue et de profiter de nos compétences respectives pour répondre au besoin de soins globaux, efficaces et centrés sur les patients^{(C)(D)}. Différents angles peuvent éclairer cette question.

Substitution ou complémentarité ? Le point de vue de la littérature

Dans des pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni, et le Canada, certains infirmiers ont, depuis plusieurs dizaines d'années, acquis des compétences étendues, ce qui porte le nom de « pratiques avancées ». En pre-

1. Tuteurs : Hubert Jamart, avec la collaboration d'André Crismer. Disponible sur le site de la Société scientifique de médecine générale à l'onglet 'TFE'.

mière ligne, ces compétences sont d'ordre clinique et diagnostique ; elles donnent parfois la possibilité de prescrire des médicaments. Ces infirmiers travaillent de pair avec les médecins généralistes (ou parfois à leur place) et réalisent des consultations sans rendez-vous, des tris téléphoniques d'appels, des visites à domicile, ou des consultations spécifiques pour des populations-cibles (les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO, asthme, hypertension, diabète...). Beaucoup d'études s'attachant aux conséquences de ces partages ou transferts de tâches ont été publiées. La grande diversité des rôles de ces infirmiers en fonction des pays rend les conclusions peu transposables d'une région à l'autre.

Cependant, voici les messages principaux que l'on peut en retenir :

- ♦ Le partage des tâches existe déjà dans de nombreux endroits, moyennant des adaptations de législation et de formation des intervenants. Il se développe sur deux modes : la substitution (remplacer un médecin par un infirmier) ou la complémentarité (travailler ensemble en répartissant les tâches entre les deux catégories professionnelles).
- ♦ Dans le mode substitutif, on ne rapporte pas de perte de qualité des soins en termes d'erreurs ou d'accidents graves, et la satisfaction des patients au contact des infirmiers est généralement bonne (voire meilleure) qu'avec les médecins. Les infirmiers prennent généralement plus de temps en consultation, ce qui entraîne une meilleure communication et une meilleure compliance du patient. En contrepartie, certaines études rapportent un recours plus précoce aux examens complémentaires que chez les médecins.
- ♦ L'efficacité de ces pratiques reste incertaine. Deux paramètres doivent ici être pris en compte : le coût et la qualité. Le coût des soins n'est pas amoindri par la substitution (plus de temps en consultation, plus d'exams complémentaires...); il est difficilement mesurable dans les situations de complémentarité. Par ailleurs, beaucoup de facteurs influençant le coût n'ont pas été pris en compte dans les études réalisées (coût de la transformation du système de formation par exemple). Quant à la qualité des soins, elle peut être analysée selon de nombreux critères, qui n'ont pas le même sens pour les différents acteurs concernés : ce qui est un gain de qualité aux yeux du patient ne l'est pas toujours pour les pouvoirs publics. Nous pensons ainsi à un exemple vécu au Canada où le transfert de compétences est établi comme une norme depuis des années par les pouvoirs publics et les professionnels, mais ne fait

pas l'unanimité chez les patients qui se plaignent parfois de soins devenus plus « impersonnels ».

- ♦ Il persiste beaucoup d'inconnues quant aux avantages et aux inconvénients apportés par ces nouveaux types d'organisation. Très peu d'études recueillent l'opinion des professionnels de terrain ou des patients. Les publications belges restent rares sur le sujet.

Le point de vue des professionnels en maison médicale

Notre travail s'est également inspiré de rencontres avec des groupes d'infirmiers et de médecins travaillant en maison médicale à Liège (21 personnes). Ces « focus group », très riches, ont apporté des pistes concrètes ainsi que d'importantes nuances aux apports de la littérature – des nuances d'ordre « philosophique ».

Chacun doit trouver un rôle qui fait sens à sa fonction dans un système qui se transforme.

Des pistes...

Les maisons médicales liégeoises interrogées ont déjà réalisé beaucoup d'expériences de partage des tâches, dont certaines avec succès. Une liste de ces expériences a été dressée. Elles se sont construites autour de quatre grands types de fonctions infirmières :

- ♦ Les fonctions centrées sur la promotion de la santé (vaccination, dépistage de cancers, prévention cardio-vasculaire...);
- ♦ Les fonctions spécialisées pour des groupes-cibles particuliers (diabétiques, hypertendus, populations âgées fragiles, patients psychotiques...);
- ♦ Les fonctions cliniques polyvalentes (suivis partagés de patients « chroniques », (dans le cadre du travail de fin d'étude, les suivis de patients chroniques et la fonction de gestionnaire de cas ont été classés dans cette catégorie);
- ♦ Les fonctions d'organisation et de coordination des soins (liaison hôpital-domicile, tâches administratives, gestion du matériel...).

Quatre exemples de partage des tâches ont été proposés aux professionnels et discutés dans les groupes : travailler sur la répartition des tâches du Dossier médi-

Modifier la répartition des tâches a des conséquences sur le rapport profond que les travailleurs entretiennent avec leur métier et sur ce qui fait sens pour eux.

cal global -DMG+ ; proposer aux infirmiers de devenir « gestionnaires de cas » ; organiser la prise en charge des personnes âgées fragiles ; développer des « pratiques avancées » en Belgique.

... et des réflexions

Les débats ont été très animés et ont mis en évidence de nombreux freins, leviers, avantages et inconvénients au partage des tâches. Les freins majeurs tiennent au manque de ressources humaines (pénurie relative d'infirmiers en première ligne), au contexte politique (législation et formation inadaptées), et à des aspects culturels : les médecins craignent de perdre leur rôle de « premier recours » et le colloque singulier avec le patient, tandis que les infirmiers ont peur de recevoir les tâches « dont les médecins se débarrassent » et de perdre le sens de leur métier (le « prendre soin »).

Dans les deux groupes interrogés, le terme « changement de paradigme » a été évoqué. Modifier la répartition des tâches a des conséquences sur le rapport profond que les travailleurs entretiennent avec leur métier et sur ce qui fait sens pour eux. Beaucoup de participants ont évoqué le plaisir qu'ils ont à faire des choses « simples », qui leur permettent de mieux connaître les personnes qu'ils soignent, de créer du lien avec elles (comme passer chez un patient âgé qui va bien, prendre sa tension et boire une tasse de café pour le médecin, ou faire des toilettes pour l'infirmier). Beaucoup de soignants entendent par « qualité des soins » une relation de confiance et dans la durée entre soignant et soigné (la tâche doit être faite par la personne qui connaît le mieux le patient) ; ce qui entre parfois en tension avec le principe de subsidiarité, mieux appliqué dans d'autres pays (la tâche doit être faite par la personne qui est la mieux adaptée pour la faire, de manière à augmenter l'efficacité). Comment trouver l'équilibre ? Le système le plus juste est sans doute celui dans lequel la satisfaction des patients et le plaisir des travailleurs sont aussi importants que l'efficacité de soins.

Le point de vue des patients

Selon l'étude qui est en cours de publication au service d'études et de recherches de la Fédération des maisons médicales, l'opinion des patients rejoint celle des professionnels : les patients cherchent avant tout une relation de confiance, une continuité relationnelle

avec leurs thérapeutes. L'organisation en tant que telle importe peu, pourvu qu'elle leur permette d'avoir accès à quelqu'un qu'ils connaissent, en qui ils ont confiance et qu'ils jugent compétent. L'attachement à l'image du « médecin de famille » est important : les patients ne sont pas forcément prêts à accepter une substitution. Mais ils sont ouverts au travail en complémentarité et font confiance à l'infirmier tout autant qu'au médecin.

La clef de voûte reste donc bien la relation humaine.

L'originalité du modèle des maisons médicales

Dans certains pays, l'organisation des soins est modifiée selon une approche *top-down* : ce sont les instances de santé publique qui enclenchent le changement, souvent au nom de l'efficacité ou sous le couvert de moindres dépenses. A l'inverse, la démarche des maisons médicales est *bottom-up* : ce sont les acteurs de terrain qui ont initié le changement. Leurs moteurs initiaux étaient une volonté de partager le savoir, de rompre les liens hiérarchiques, d'améliorer la satisfaction des soignants et la qualité des soins aux patients. Le modèle interdisciplinaire pratiqué en maison médicale est encore très peu connu en Belgique ; l'expérience qui se crée ainsi au départ du terrain est cependant très riche.

Dans ces pratiques, la collaboration complémentaire entre médecins et infirmiers est fréquente ; il y a peu de substitution. Les tâches y sont aussi partagées en fonction des intérêts des individus ; les infirmiers sont par exemple demandeurs d'investir le domaine de la prévention ou de l'éducation à la santé, mais ils restent sceptiques quant au fait de devenir de « petits médecins » en investissant des tâches diagnostiques par exemple. Le sens qu'ils attribuent à leur travail est important, et les médecins les rejoignent sur ce point ; l'intérêt du partage des tâches ainsi mis en place réside plus dans l'enrichissement des compétences individuelles au contact les uns des autres, que dans un « gain de temps » éventuel pour les professionnels. Dans le domaine curatif, l'organisation spontanée des maisons médicales rejoint les deux tendances d'évolution actuellement observées dans la littérature : « d'une part, de nouveaux programmes de soins sont centrés sur des problèmes de santé spécifiques (par exemple la mise en place de trajets de soins pour l'insuffisance rénale ou le diabète). D'autre part, certaines stratégies cherchent à favoriser une approche intégrée

et globale des soins pour la population générale (les services intégrés de soins à domicile et les systèmes d'échange local, les maisons médicales,...). Ces deux types d'options peuvent favoriser une approche plus globale de la santé d'une population ou une approche plus segmentée centrée vers certains problèmes de santé ou certains groupes à risque. »^(E) Les infirmiers interrogés dans les maisons médicales ont en effet à la fois développé des compétences spécifiques à certains problèmes (diabète par exemple) et investi des rôles plus globaux de soutien, voire de « référents » de certains patients.

Des pistes de changement

La littérature n'a pas clairement confirmé l'hypothèse selon laquelle le partage des tâches serait une solution à la pénurie de médecins. Les professionnels de terrain interrogés dans notre étude ont quant à eux recentré le débat sur l'amélioration de la qualité. Ils ont mis en évidence le fait que les infirmiers ne sont pas preneurs des « tâches dont les médecins se débarrassent » et que la finalité du partage des tâches n'est pas seulement de « faire face à la pénurie » ou de « faire des économies » : chaque acteur veut conserver le sens de sa fonction. La complémentarité entre les professions semble dès lors plus pertinente que la substitution.

La transformation du système : une menace ? Non, plutôt une opportunité d'apprendre à faire confiance à ses collègues et d'accepter le regard d'un autre dans la relation thérapeutique. La collaboration doit avant tout être centrée sur le patient, à travers une plus grande autonomie et une amélioration de la qualité des soins, sans négliger la satisfaction des travailleurs.

Le partage des tâches : un risque de fragmenter la prise en charge des patients en première ligne ? Face à ce risque, les professionnels ont mis en évidence le rôle primordial du médecin généraliste au niveau de la fonction de synthèse, de l'approche globale. L'importance de l'approche infirmière, centrée sur les besoins du patient et l'aspect relationnel privilégié développé avec eux, est une richesse à conserver. Il est nécessaire de trouver la manière optimale de transformer le système, qui rééquilibre la balance entre une meilleure efficacité dans l'utilisation de nos ressources et compétences, et le maintien du sens de nos métiers. Parmi les pistes pour un changement, il s'agit de dépasser les freins que constituent la nomenclature restreinte et le cadre légal étroit. Ceux-ci pourraient être redéfinis sous une forme moins rigide en s'inspirant de modèles étrangers, ouvrant à 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).

C'est aussi la formation qui doit être développée : la formation interprofessionnelle durant les études de base ou lors de formations continues, qui en est à ses prémices, mais aussi la formation infirmière, en cours d'évolution². Selon les acteurs interrogés, cette évolution favoriserait le sentiment de compétence des infirmiers, et leur donnerait l'envie d'investir de nouvelles tâches. In fine, cela améliorerait la confiance entre les deux professions. ■

2. Voir articles de Pierre-Joël Schellens et Naïma Bouti.

Références

- A. World Health Organization. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report*. Geneva : World Health Organization (WHO) Service Delivery and Safety Department ; March 2015. 50p. WHO/HIS/SDS/2015.6
- B. Degeest I., De Munck P., Gerits N., Gosselain Y., Somme Y.E. *Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins*. Bruxelles : Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, étude réalisée par : Vereniging van wijkgezondheidscentra (VWGC)-Fédération des maisons médicales (FMM) ; janvier 2012, 44p.
- C. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. *Position paper : organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) Health Services Research (HSR) ; 2012.70p. KCE Reports 190Bs. D/2012/10.273/83.
- D. De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais !*, Bruxelles ; le 9 décembre 2014, 72p.
- E. 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