



QUEL BINÔME MG-INF.G EN 1^{ÈRE} LIGNE DE SOINS EN WALLONIE?

JeanLuc Belche
Pour le groupe de recherche
ULiège-UCL
RA COMING

OBJECTIFS

Objectifs

Partager nos réflexions sur les défis de la collaboration MG-Inf au niveau de la 1^{ère} ligne de soins en Wallonie

Présenter la dynamique de recherche-action participative COMING

Méthode

Document écrit de support à votre réflexion

- Et si possible recueil de données pour notre équipe de recherche

Interactions directes sur les thématiques principales

A VOTRE AVIS...?

Selon vous, quelles sont les justifications principales d'une optimisation de la collaboration entre MG et Inf.G?



POURQUOI OPTIMALISER LA COLLABORATION MG-INF 1^{ÈRE} LIGNE

Substitution

Réponse à la pénurie de médecin

- Le remplacer
- L'assister

Recul vaccination grippe 65+
Taux de dépistage cancer dans
les populations cibles en-deçà
des objectifs

Suivi patients diabétiques sous
insuline sub-optimal

Prévalence
obésité/tabac/alcool...

Diversification

Compléter la prise en charge de maladies chroniques: éducation thérapeutique, monitoring de paramètres, etc.

- Diabète, BPCO, IC, IRC, etc.

Permettre un prise en charge de situations complexes à domicile de qualité p.ex. dans le décours d'hospitalisation (HAD, retour précoce maternité, etc.)

Prévention/promotion santé au niveau d'une collectivité

- Vaccination
- Dépistage cancer
- Promotion alimentation saine
- Etc.

DIFFÉRENCE INFIRMIER.E 1^{ER} LIGNE & ASSISTANT DE PRATIQUE

Aux Pays-Bas (*praktijk assistent ou medical management assistent*):

- encadrement & formation,
- réponse à une pénurie infirmière
- Statut intermédiaire entre secrétaire médical et infirmier
- Cohexistence avec infirmière 1^{ère} ligne de soins

Tabel: Competenties medical management assistant en verpleegkundige.^{4,16}

Medical management assistant	Verpleegkundige
<ul style="list-style-type: none"> • Interne en externe communicatie in het Nederlands, Frans, Engels en het Duits al of niet in de medische context met diverse (internationale) stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> • Beoogt in een multiculturele omgeving het somatisch, sociaal, psychisch en existentieel welbevinden van de zorgvrager zowel in vertrouwde, als in niet-vertrouwde en/of complexe zorgsituaties
<ul style="list-style-type: none"> • Adequaat toepassen van de medische terminologie in het Nederlands, Frans en Engels 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidence based en theoretisch onderbouwde verpleegkundige zorg cf. beroepsgerelateerde wetgeving
<ul style="list-style-type: none"> • Sociale en communicatieve vaardigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige zorg op maat mits gebruik van gepaste technologie met oog voor veiligheid van de zorgvrager
<ul style="list-style-type: none"> • Efficiënte en constructieve samenwerking in intercultureel team 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatieven en organisatie gezondheidszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Draagt bij tot kwaliteitszorg van de organisatie en efficiëntie van de eigen werkzaamheden door controleren en bij te sturen om zelfstandig te komen 	<ul style="list-style-type: none"> • Draagt bij de zorgrelatie met de zorgvrager
<ul style="list-style-type: none"> • Opvolging van ontwikkelingen in het (internationale) beroep neemt initiatieven tot verdere professionalisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbeeldfunctie voor collega's
<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie en beheer van de administratie waardoor rechtgebrekkenden over informatie kunnen beschikken 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning en constructieve samenwerking met andere professionals
<ul style="list-style-type: none"> • Vlot en creatief gebruik van ICT-tools 	<ul style="list-style-type: none"> • Bouwt intramurale samenwerking op en werkt efficiënt samen in kader van gemeenschappelijke doelstellingen
<ul style="list-style-type: none"> • Neemt verantwoordelijkheid voor het conceptueel ontwerp, de planning, organisatie, logistieke ondersteuning en coördinatie van activiteiten/projecten 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiceert in vakterminologie over de zorgrelatie, de zorginhoud en het zorgproces op een efficiënte en gestructureerde manier aangepast aan de gesprekspartner
<ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen van het doelgericht handelen van anderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseert en coördineert intra-, trans- en extramurale zorg
<ul style="list-style-type: none"> • Evalueren, synthetiseren, rapporteren en presenteren van relevante gegevens vanuit concrete vraagstelling 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewaakt en bevordert de kwaliteit van de individuele en globale zorgverlening binnen de eigen organisatie
<ul style="list-style-type: none"> • Uitwerken en uitvoeren van het beleid rekening houdend met de visie en strategie van de organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrueert, coacht en geeft leiding aan een team
<ul style="list-style-type: none"> • Projectmanagement organiseren, rapporteren, opvolgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Raadpleegt vak- en wetenschappelijke literatuur en beoordeelt de relevantie en bruikbaarheid ervan. Integreert nieuwe inzichten en participeert aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek
<ul style="list-style-type: none"> • Managementbeslissing mee voorbereiden, implementeren en opvolgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgt voor profilering van het beroep en staat kritisch ten opzichte van economisch, sociaal en ethisch beleid
<ul style="list-style-type: none"> • Klantgerichte service in functie van imago organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflecteert op eigen verpleegkundig handelen
	<ul style="list-style-type: none"> • Analyseert leerbehoeften die leiden naar initiatieven tot professionalisering en evenwichtig functioneren

Gestion/management
➤
Soins

DIFFÉRENCE INFIRMIER.E 1^{ER} LIGNE & ASSISTANT DE PRATIQUE

En Wallonie

Impulséo II-III/ reconnaissance ASI

- Financement fonction support administrative/télésecrétariat

Décision politique de privilégier la profession infirmière pour le renforcement de la 1^{ère} ligne

- Assistant de pratique+impulséo= Assisteo
- De Assisteo à Coming
- >>Recherche-action COMING
 - Septembre 2017-Février 2019



Wallonie



Recherche-
Action
Collaboration
Médecin
Infirmier
Généralistes

RECHERCHE-ACTION COMING



Objectifs de la recherche

Par rapport à la collaboration médecin généraliste et infirmier, dans le contexte wallon:

- identifier les besoins sur le terrain
- de tester les modèles de collaboration dans différents contextes
- d'évaluer et d'ajuster les solutions potentielles

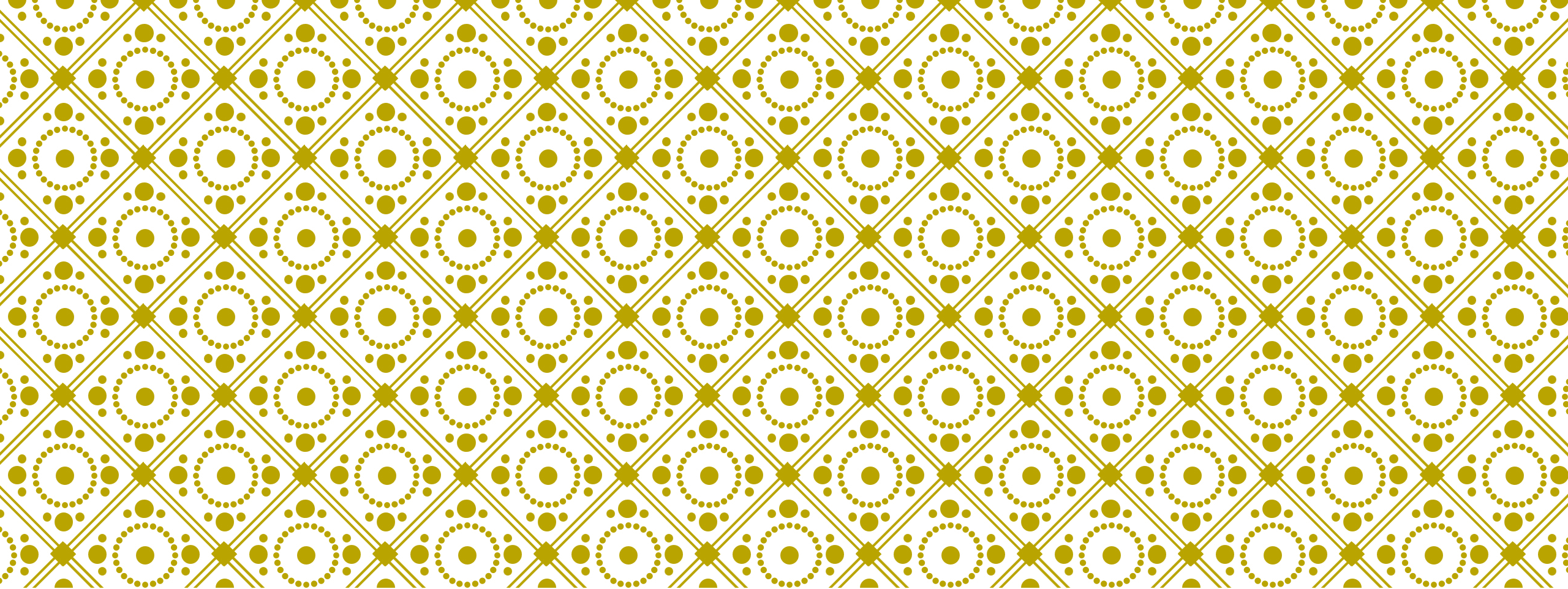
par le biais d'un processus participatif.

Résultats attendus

Dynamique de réflexion (bottom-up/top-down) autour de la collaboration entre infirmiers généralistes (Infi G) et médecin généralistes (MG) pour renforcer la première ligne généraliste

Documentation, au travers de 6 études de cas, de **différents dispositifs possibles** de relations entre InfiG et MG, en fonction de différents contextes de la région wallonne

La méthode utilisée permettra la **transférabilité** des résultats par généralisation analytique et théorique



LA VARIÉTÉ DE PRATIQUE |

QUELLE PRATIQUE MG-INF DE 1ÈRE LIGNE?

Pénurie de MG?

Précarité socio-économique?

Solo?

Groupe monodisciplinaire?
Groupe pluridisciplinaire?

Milieu rural?
Milieu urbain?
Semi-rural-urbain?

Pénurie de Inf.G?

Densité hospitalière?

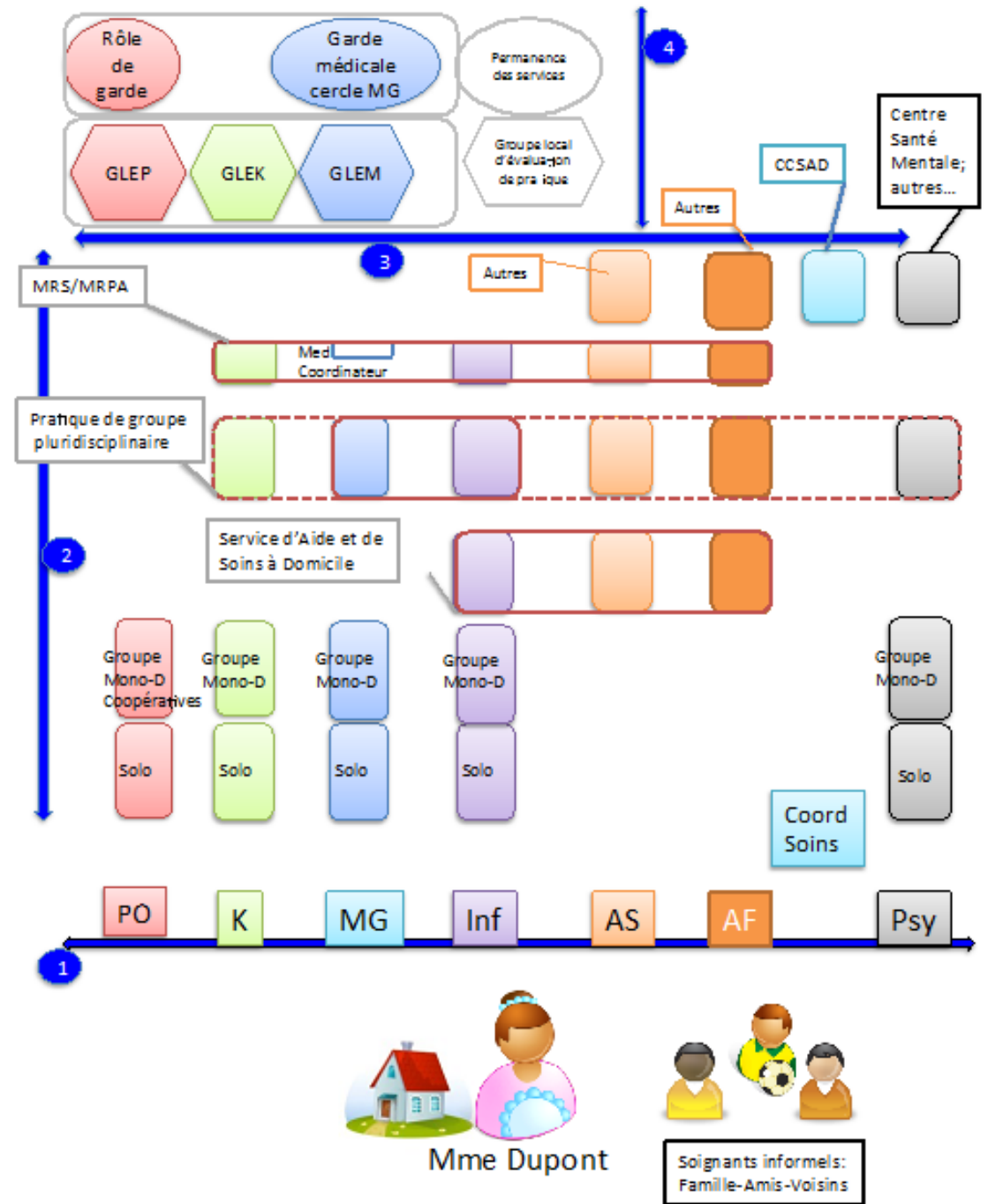
COMPLEXITÉ DU PAYSAGE DE LA TÈRE LIGNE DE SOINS EN WALLONIE

Pratiques monoprofessionnelles (peu de pratique pluriprofessionnelle)

Tendance soliste

Libre choix du prestataire par le patient (pas de limites territoriales ou administratives): "équipe" originale pour chaque patient/situation

Médecin généraliste à la base de la "prescription"

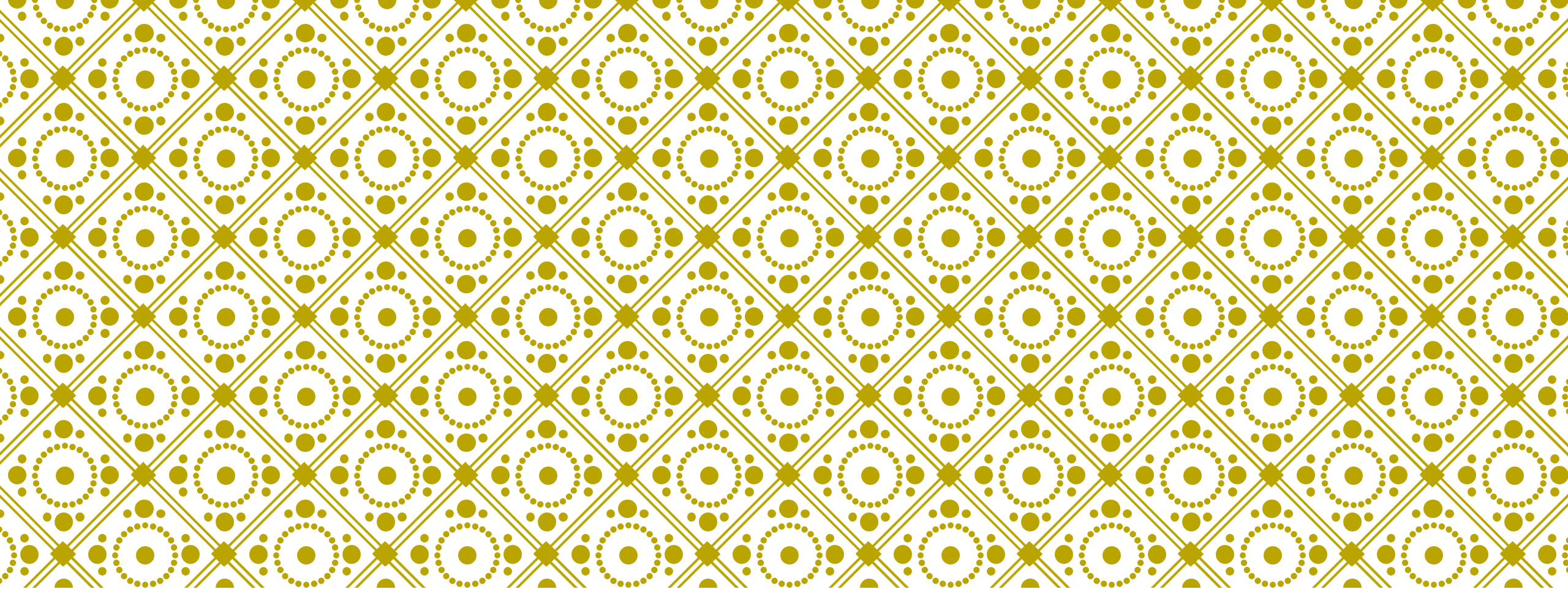


ECHANTILLON DE LA RA COMING

LES GROUPEs DE RECHERCHE ACTION LOCAUX



Critères/GRAL	Neufchâteau	Ciney	Wanze	Bertogne	Gilly	Mons
Province	Luxembourg	Namur	Liège	Luxembourg	Hainaut	Hainaut
MG	Solos	ASI acte	Groupe mono	Solo	ASI FFT	Groupe mono
Inf	Groupe + ASD	ASI acte	Groupe mono	Solo+ASD	ASI FFT	Solos
Densité MG (/100.000h)	53.4	104.1	72.8	114.8	82	75
Précarité					++	++
Rural ou Urbain/ OCDE	Rural/C	Rural/B	Urbain/B	Rural/C	Urbain/A	Urbain



POINT DE DEPART



VOTRE MOTIVATION À OPTIMALISER LA COLLABORATION MG-INF AU NIVEAU DE LA 1^{ÈRE} LIGNE DE SOINS?

Satisfait complètement ou partiellement ? (ou pas du tout...)

Quels sont les problèmes que vous rencontrez actuellement?

Quelles sont les évolutions souhaitables?





COMING: RECHERCHE ACTION PARTICIPATIVE

Le point de départ de la RAP

Motivation

- Perception d'un problème
- Envie d'une évolution
- = élément clef de la méthode de recherche-action participative

Dans la pratique

Un minimum de motivation au changement est nécessaire.

Le temps de sensibilisation des participants est variable ET primordial

L'implémentation forcée n'est pas (encore) à l'ordre du jour

Pour la RAP COMING
APPEL A CANDIDATURE
porté par MG_et_INF 1^{ère} ligne
Stade « prêt à l'action »

RA COMING: DÉROULEMENT



Constitution d'un groupe de recherche action local (GRAL)

Réunions régulières

Choix des thématiques prioritaires

Action & Réflexion-recherche

Bottom-up/Top-Down

Réunion 1

- Présentation des participants
- Présentation du projet de recherche : modèle et grille de lecture (modèle Reeves), dynamique locale et régionale
- Attentes et craintes des participants
- Réalisation d'un état des lieux local : ébauche et répartition des tâches

Réunion 2

- Construction de l'état des lieux local

Réunion 3

- Validation de l'état des lieux local
- SWOT de la dynamique de collaboration au niveau local
- Priorisation par la technique du groupe nominal

Réunion 4

- Réunion de mutualisation: présentation des états de lieux et du résultat de la priorisation
- Entre sites avec comité de suivi?

Réunion 5

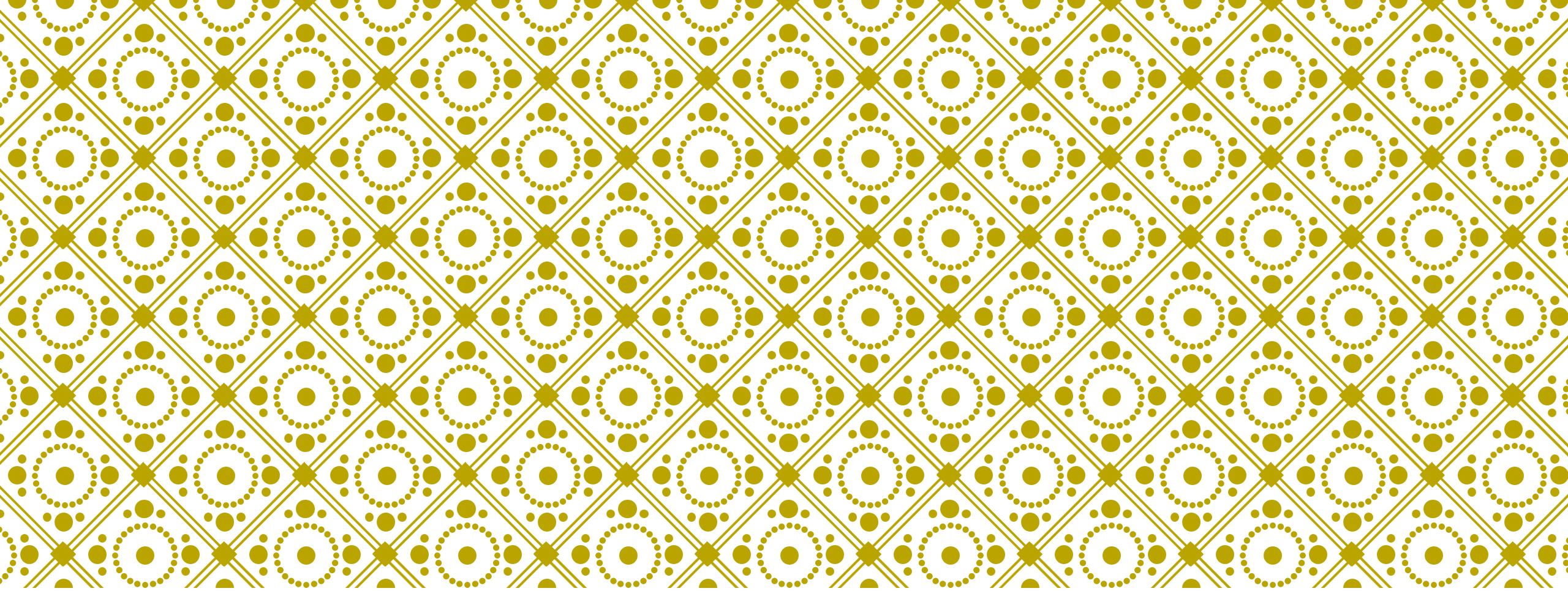
- en fonction des thématiques prioritaires

RA COMING: POINTS D'ATTENTION



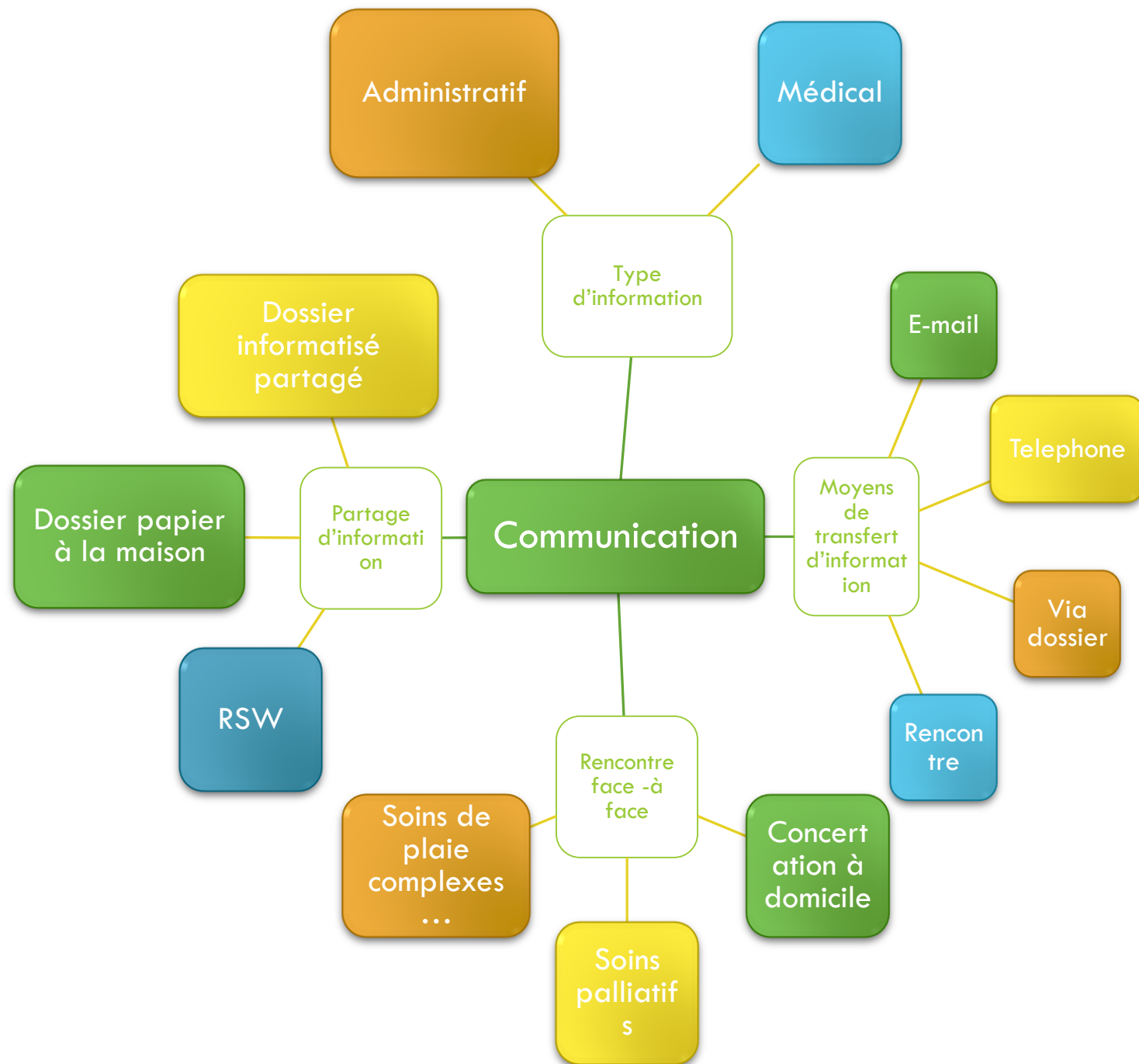
A ce stade de la recherche-action, certaines thématiques ont émergé:

- I. Le transfert et partage de l'information
- II. Clarification des tâches MG-Inf au sein de la 1^{ère} ligne
- III. La définition de la population commune de responsabilité
- IV. Les composantes relationnelles de la collaboration Med-Inf 1^{ère} ligne
- V. ...



COMMUNICATION |

COMMUNICATION ENTRE MG ET INF.G: DE QUOI PARLE-T-ON?



VERS UNE COMMUNICATION OPTIMALE

Chaque profession **connait le type d'information** qu'il peut attendre de l'autre et que l'autre attend de lui.

Le **partage d'un Dossier Santé Informatisé adapté** aux 2 professions favorise le travail commun et la communication.

- Si **partage** → compatibilité maximale

Les **TIC** permettent une communication et un transfert d'information dé-matérialisé, ne dépendant pas/moins du lieu et de du temps.

- Des compétences minimales et un équipement performant sont nécessaires

Le partage d'un **espace commun** favorise la communication et le travail commun.

Les questions éthiques, la confidentialité, le secret partagé, la protection de la vie privée font partie des préoccupations et sont l'objet d'une réflexion partagée.

INFORMATISATION: OPPORTUNITÉS ET OBSTACLES

Partielle, non homogène au sein des professions,

Incitants variables (Med>Inf)

Peu de logiciels informatisés pluridisciplinaires (Pricare®)

RSW prometteur!

- Mais encore trop peu connu, limité, pas toujours accessible, source de méfiance, ...

e-santewallonie
Le site de la formation e-santé de la première ligne en Wallonie

Accueil Formations Calendrier Contacts Helpdesk Tutoriels Infos et outils FAQ

Etat des lieux logiciels de la première ligne de soins

Le projet e-santewallonie a interrogé les principaux fournisseurs de logiciels métiers en Wallonie. Bon nombre ont accepté de répondre à nos questions et nous les en remercions !

Ce travail nous a permis de réaliser plusieurs tableaux, par métier, reprenant différents développements possibles ainsi que des informations sur les labellisations.

Les différentes firmes se sont positionnées sur l'état d'avancement de leur logiciel quant aux différents développements, en y incluant régulièrement une donnée de temps.

Toutes les informations reprises dans nos tableaux nous ont été transmises directement par les firmes de softs. Elles n'engagent nullement la responsabilité du projet e-santewallonie. De même, ces données seront régulièrement remises à jour en fonction des évolutions des logiciels qui nous seront communiquées.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à contacter directement les différentes sociétés en cliquant sur leur logo sur le dessus des tableaux. Ils se chargeront de répondre précisément à vos questions.

Cliquez sur les logos ci-dessous pour accéder aux différents tableaux

MG

INFI

KINE

Dentiste

Pharmacie

Soins à domicile

	Allsoft	Care4Nurse	AIDE & SOINS A DOMICILE	CSD	INFIPLUS	Microcyc	INFI GESTION	99	SOFT	SMOLINFO
Le logiciel permet l'alimentation du schéma de médication	✗ Non			✗ Non 2018	✗ Non	✗ Non à l'étude	✗ Non	✗ Non date à définir	✗ Non en attente	✗ Non
Le logiciel permet la consultation et/ou l'alimentation du journal sur le RSW/RSB	✗ Non			✗ Non 2018	✗ Non date à définir	✗ Non 31-05-18	✗ Non	✗ Non date à définir	✗ Non en attente	✗ Non

Risques:

- Retour au papier: doublon, perte, ...
- Utilisation de canal de communication non sécurisé: e-mail privé/commercial, réseaux sociaux

COMMUNICATION: PISTES DE TRAVAIL AU SEIN DES GRAL



Amélioration de la communication:

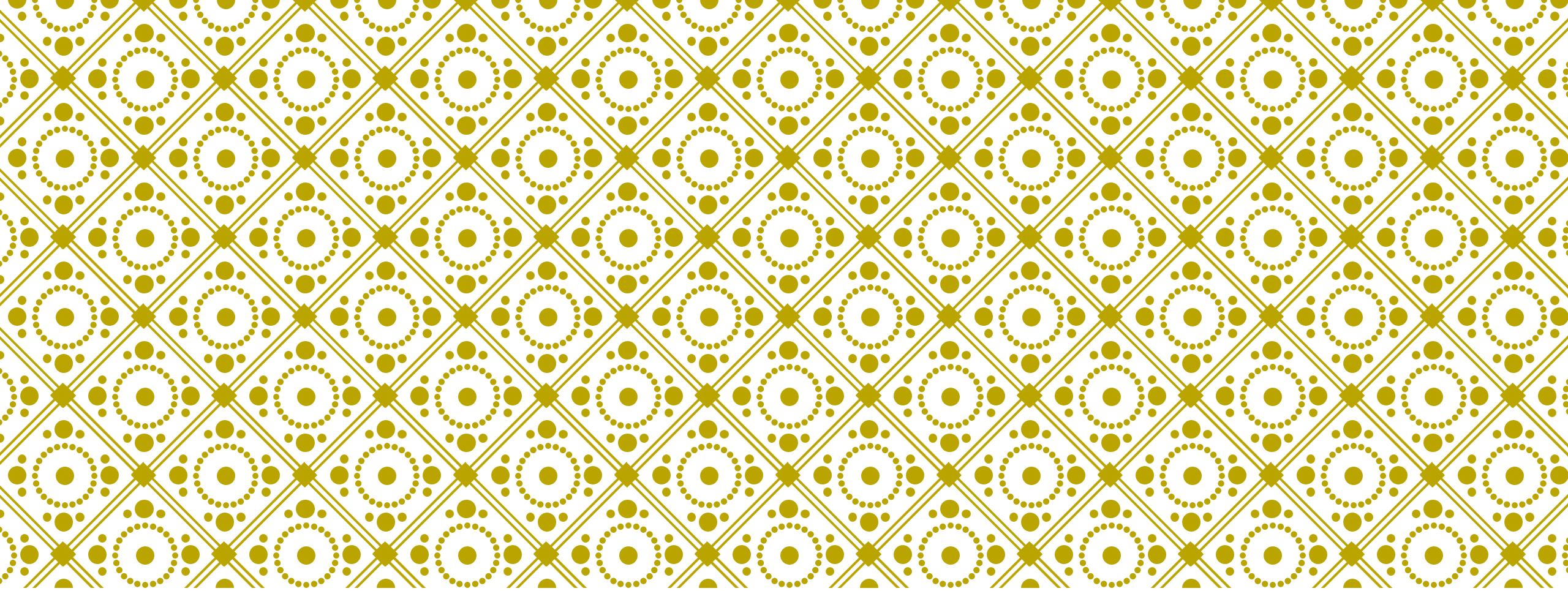
- Outils de communication
- Contenu

Lieu/Temps de coordination autour de cas complexes partagés

- Favorisé par le dispositif de recherche
- Recherche valoriser
- Vers un lieu commun

Période de transition

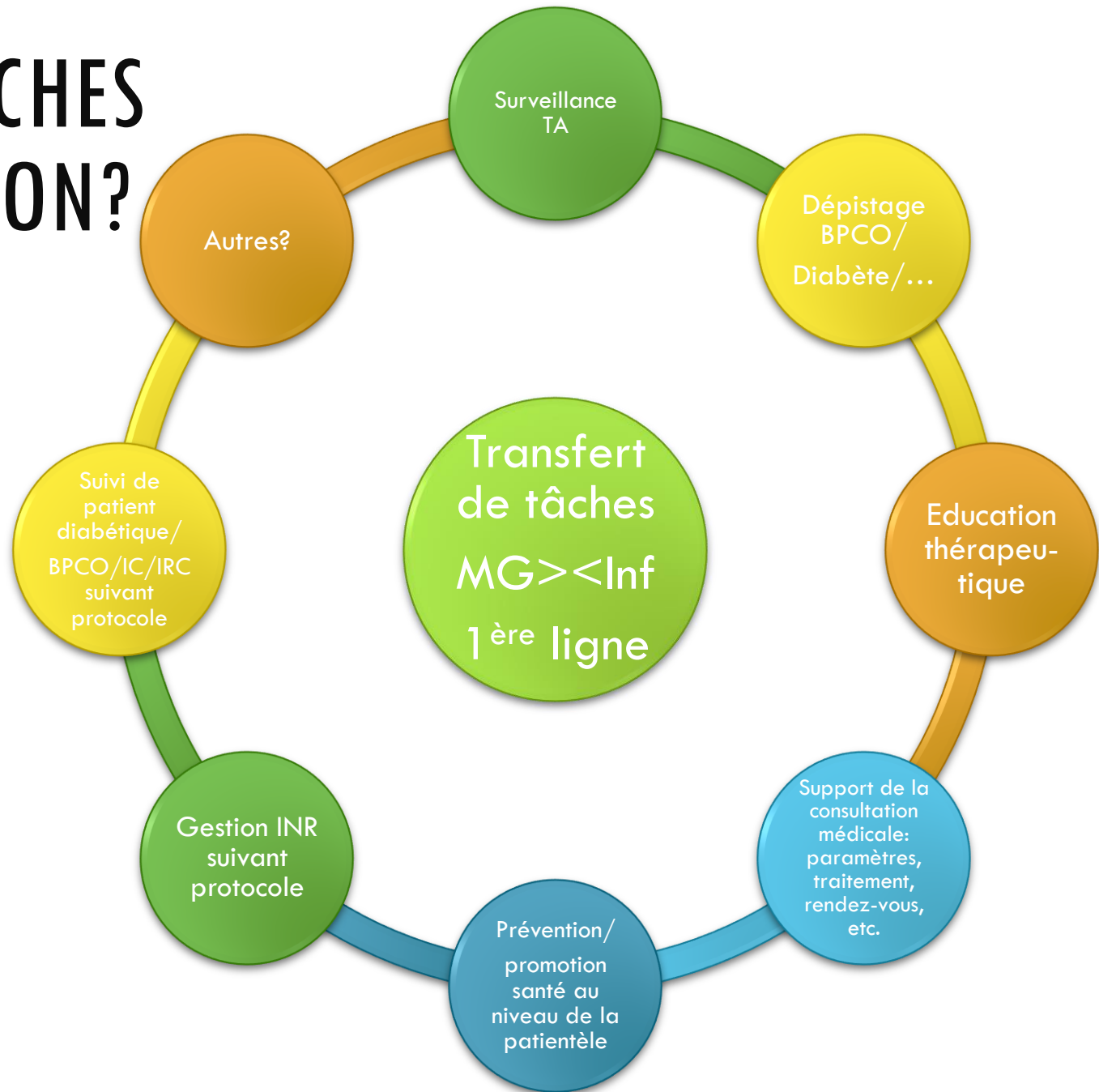
- Papier >> Informatique
- Monoprofessionnel >> Pluriprofessionnel
- Transfert >> Partage



CLARIFICATION DE TÂCHES



TRANSFERT DE TÂCHES DE QUOI PARLE-T-ON?



TRANSFERT DE TÂCHES: EN THÉORIE

La définition commune des rôles et responsabilités de chaque profession favorise la collaboration.

L'objectif final est de répondre aux besoins de la population prise en charge.

- Paquet de soins de la 1^{ère} ligne

La flexibilité dans l'attribution des tâches est un atout.

« La meilleure personne au meilleur endroit »

- Infirmier plus performant pour prévention/promotion santé, suivi programme, etc.
- MG: gestion doute/incertitude, complexité, etc.

2 tendances:

- Diversification de la 1^{ère} ligne
- Substitution d'une profession par une autre

TRANSFERT DE TÂCHES: ÉTAT DES LIEUX

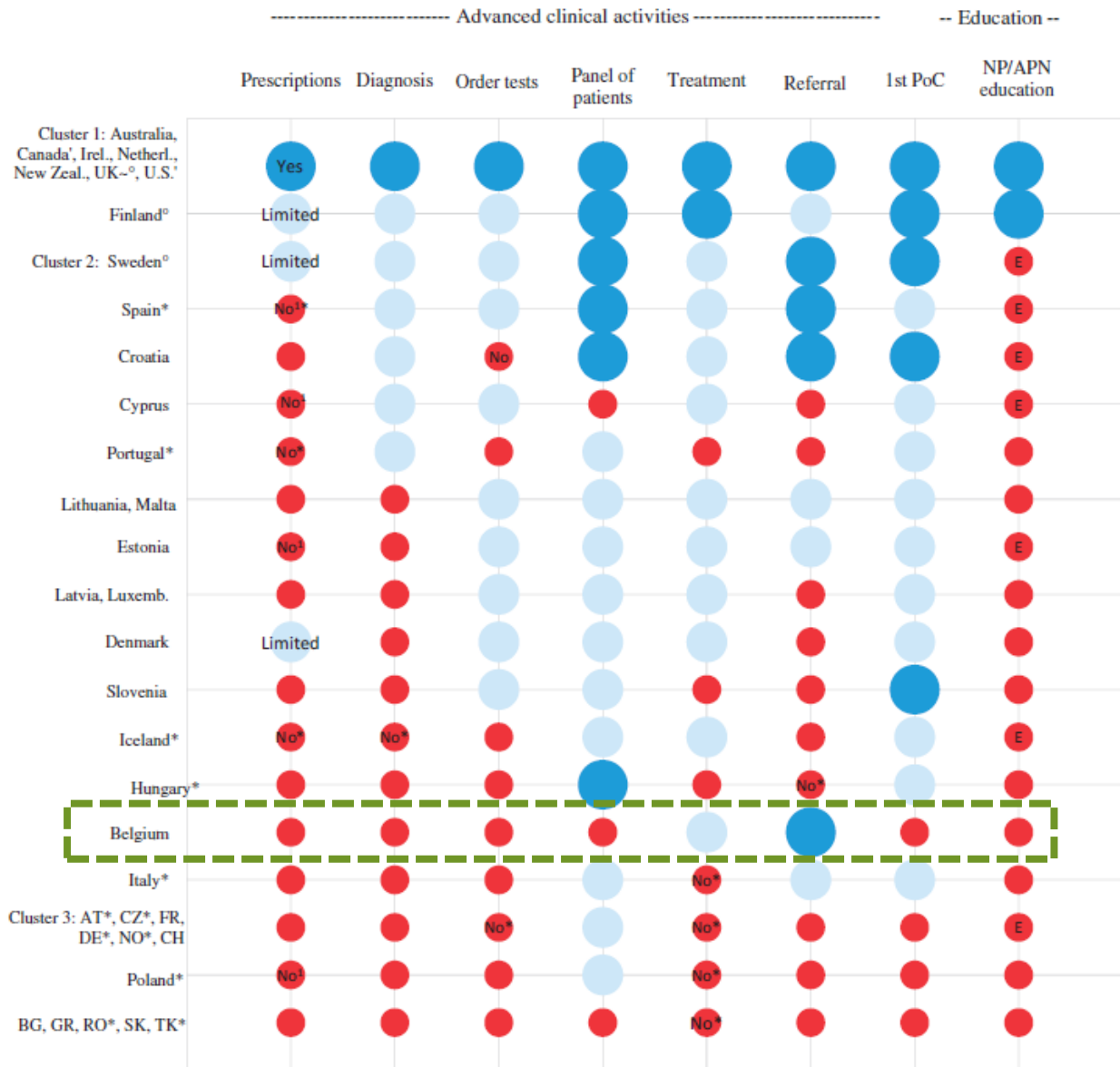
En Belgique:

Spécialisations infirmières:

- Santé communautaire
- Soins de plaies
- Diabétologie
- Éducation thérapeutique
- ...

A Anvers (2016): Spécialisation infirmière 1^{ère} ligne de soins (Hautes Ecoles et Université)

AR 78: redéfinition des actes de soins en cours



En France:

Infirmier.e ASALEE pour 4 maladies/situations chroniques

TRANSFERT DE TÂCHES: ÉVOLUTION



Risques

Recouvrement et sentiment de concurrence

- Substitution>>diversification
- Non concerté>>Définition commune
- Manque à gagner financier

Changement de paradigme

- De vertical à horizontal
- Relation exclusive médecin-patient
- Perception/attentes du patient

Délégation>transfert

- Tâches délaissées par le médecin, qui ne correspondent pas à la fonction infirmier

Pas de reconnaissance

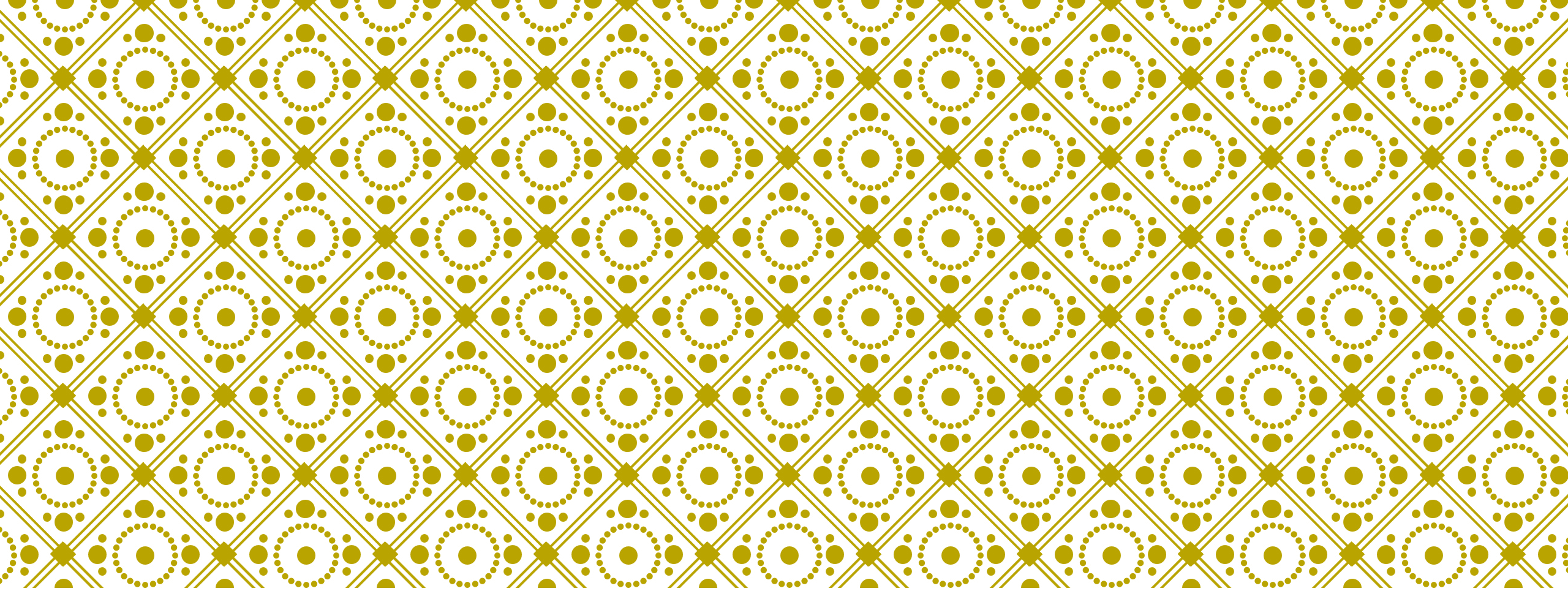
- Financière
- Responsabilité professionnelle

Pistes d'évolution:

- Renforcement et diversification des activités de la 1^{ère} ligne de soins (dans son ensemble)
- Définition claires de tâches et responsabilités respectives via des protocoles
 - Reconnues
 - Valorisées
- Correspondant à un besoin réel de chaque situation (bassin de soins, patient)
- Adapté au profil de compétences des professionnels

Extension de la réflexion aux autres professions de la 1^{ère} ligne,
à la 2^{ème} ligne.

Définition fonctionnelle des lignes de soins souhaitée!!



POPULATION DE RESPONSABILITÉ



POPULATION DE RESPONSABILITÉ: DÉFIS ET ENJEUX



Le libre choix des prestataires par le patient amène une combinaison originale de prestataires, qui réinvente à chaque fois la collaboration.

Pas de limitation territoriale définie pour les professionnels

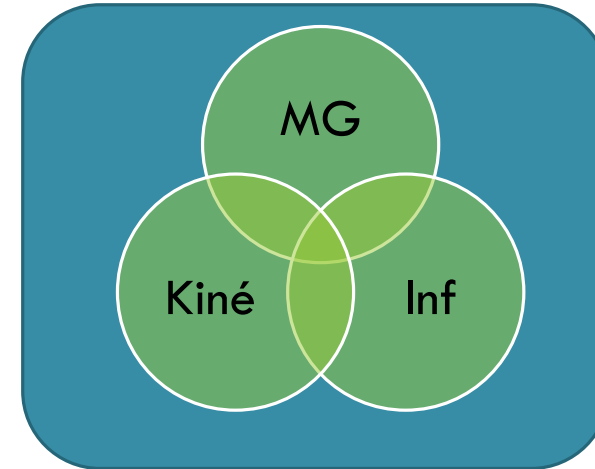
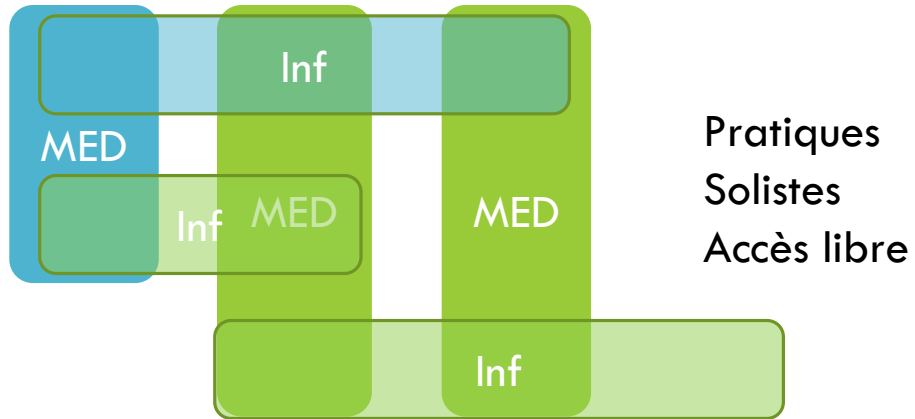


Construire la collaboration pour des situations communes nécessite de définir les patients communs.

La recherche d'efficacité pousse à avoir le maximum de patient en commun.

Démonstration d'un effet de la responsabilisation/attribution dans la qualité des soins

POPULATION DE RESPONSABILITÉ: TENTATIVE DE DÉFINITION



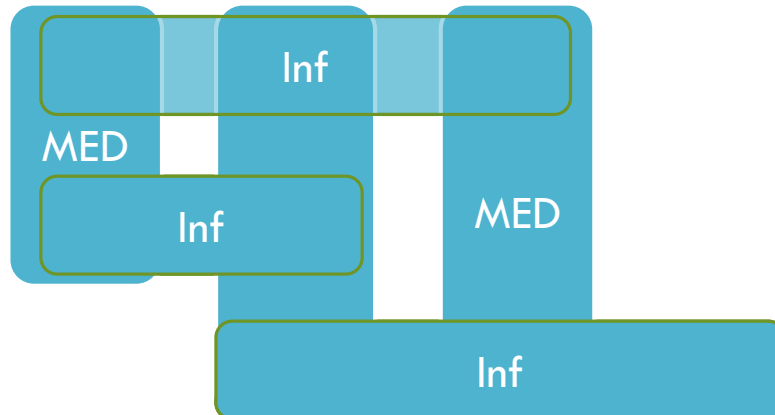
Pratique
pluridisciplinaire
au forfait (limitant
l'accès à l'extérieur)

POPULATION DE RESPONSABILITÉ: TENDANCES OBSERVÉES

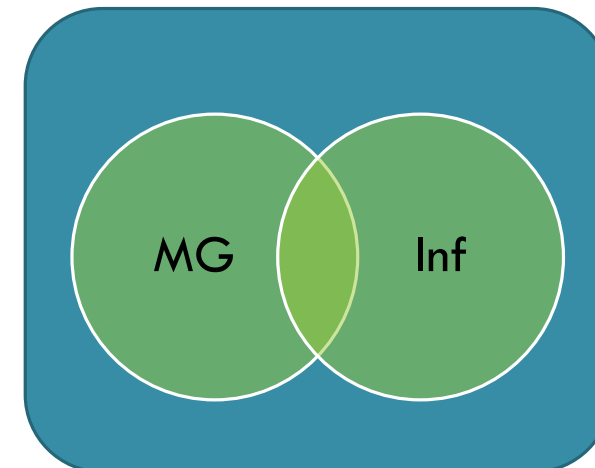


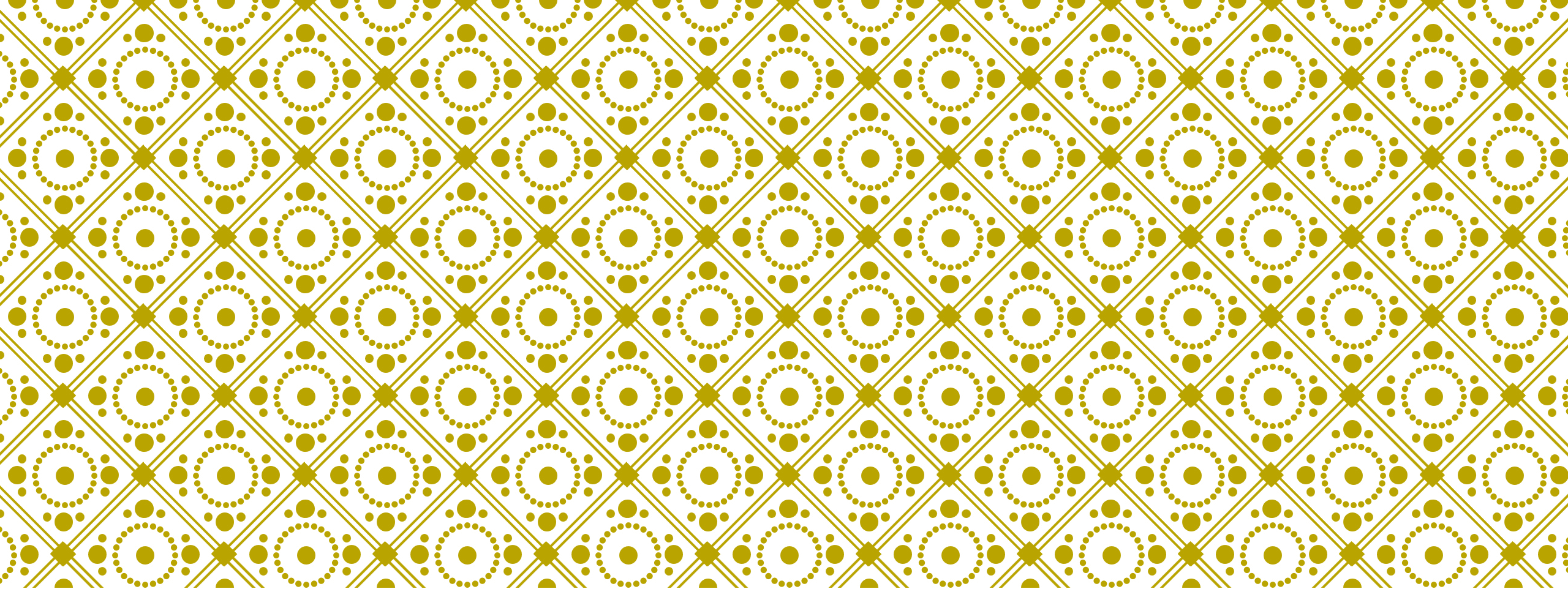
Étendre la population de responsabilité pour la coordination professionnelle à un bassin de soin fonctionnel

- Niveau communal?
- Quartier?



Limiter le réseau de collaboration: relation plus exclusive entre professionnels





COMPOSANTES RELATIONNELLES



DE QUOI PARLE-T-ON?

Se connaître

Reconnaître les spécificités de chacun (personne/profession)

Se faire confiance, dans un champ d'autonomie négocié et approuvé par tous

Leadership partagé et accepté, permettant la créativité, la responsabilisation, l'empowerment des acteurs

Travailler ensemble: valeurs et objectifs communs, procédures partagées

Accepter les interpellations, gérer les désaccords et conflits

Créer un sentiment d'appartenance à un groupe pluridisciplinaire

...

Composantes relationnelles (modèle de Reeves)

Pouvoir professionnel

Hiérarchie

Socialisation

Composition du groupe

Définition des rôles

COMPOSANTES RELATIONNELLES: ENJEUX ET DÉFIS

De solo vers l'équipe

- Réellement solo?

Différents stades de la constitution d'un groupe

- Forming >> Storming >> Norming >> Performing
- Rôle de support à l'intégration: Chercheur RA

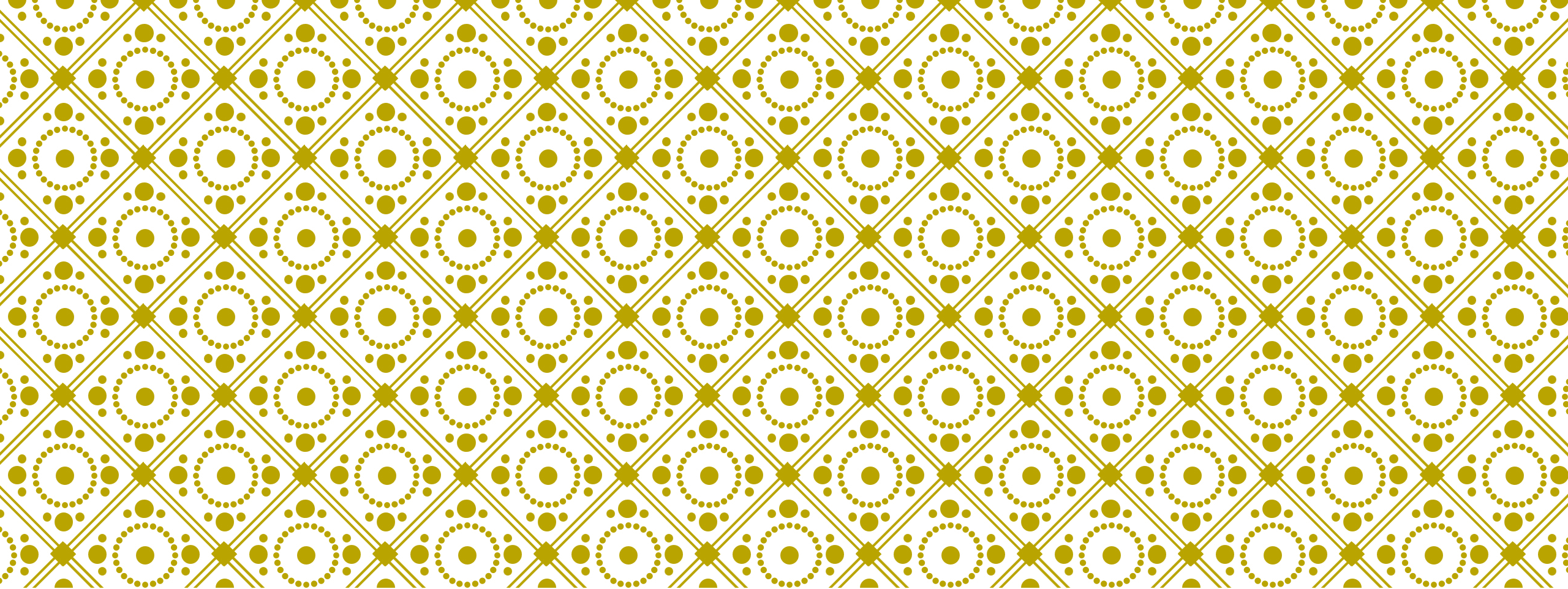
De la sensibilisation à la motivation, et le passage à l'action

- Motivation commune: envie de changer
- Constitution du groupe par l'action
- Demande du temps

D'une organisation verticale vers une organisation horizontale

- Hiérarchie explicite et implicite à une collaboration effective: changement de paradigme
- Définition d'objectifs communs

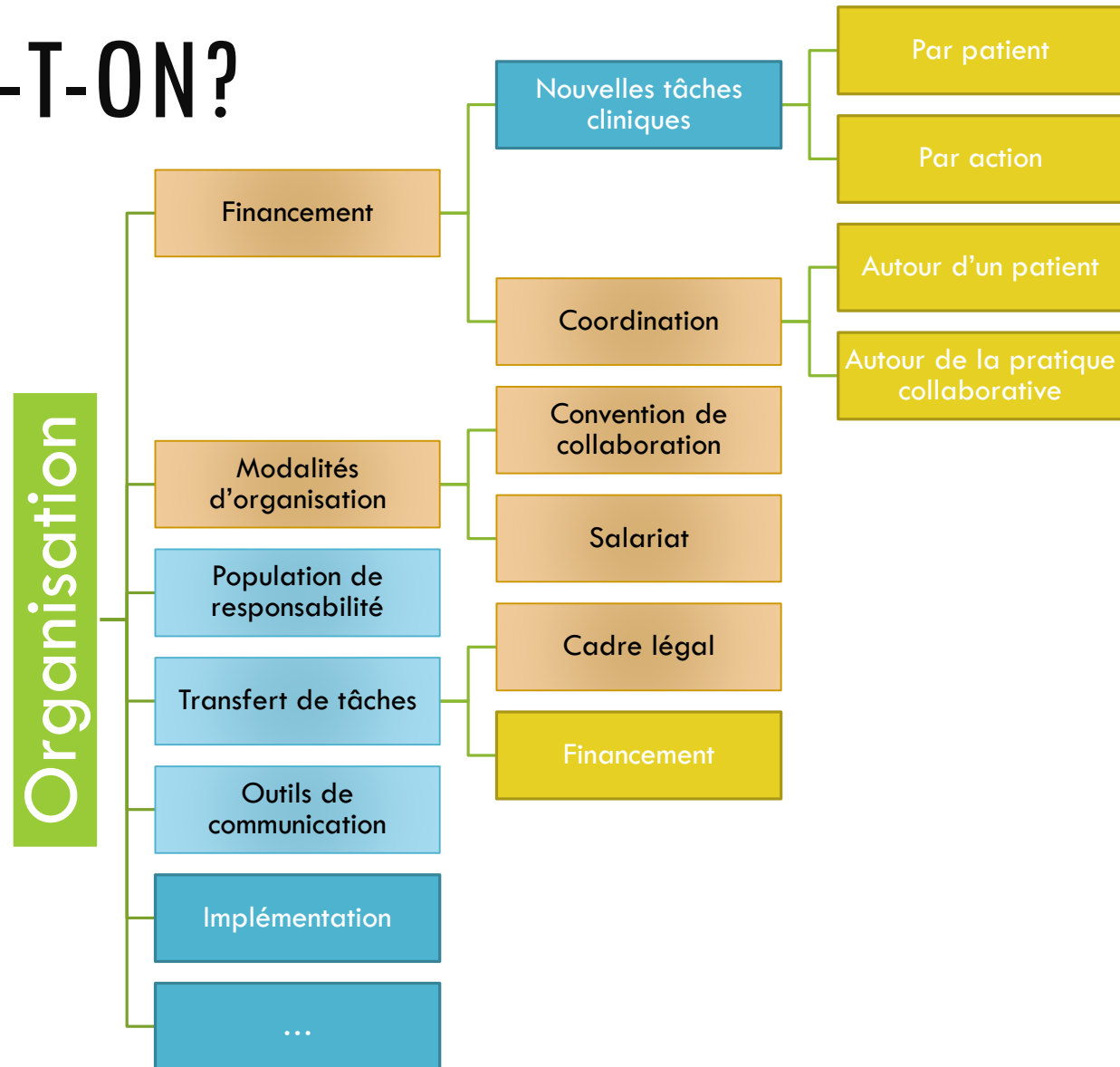




COMPOSANTES CONTEXTUELLES



DE QUOI PARLE-T-ON?



MODALITÉS ORGANISATIONNELLES: CE QUI EXISTE ACTUELLEMENT

Pas de reconnaissance de la coordination clinique Med-inf

- Concertation pluri/SISD non adapté

Financement:

- Acte et monoprofessionnel prépondérant
- Forfait capitation/pratique & pluridisciplinaire minoritaire

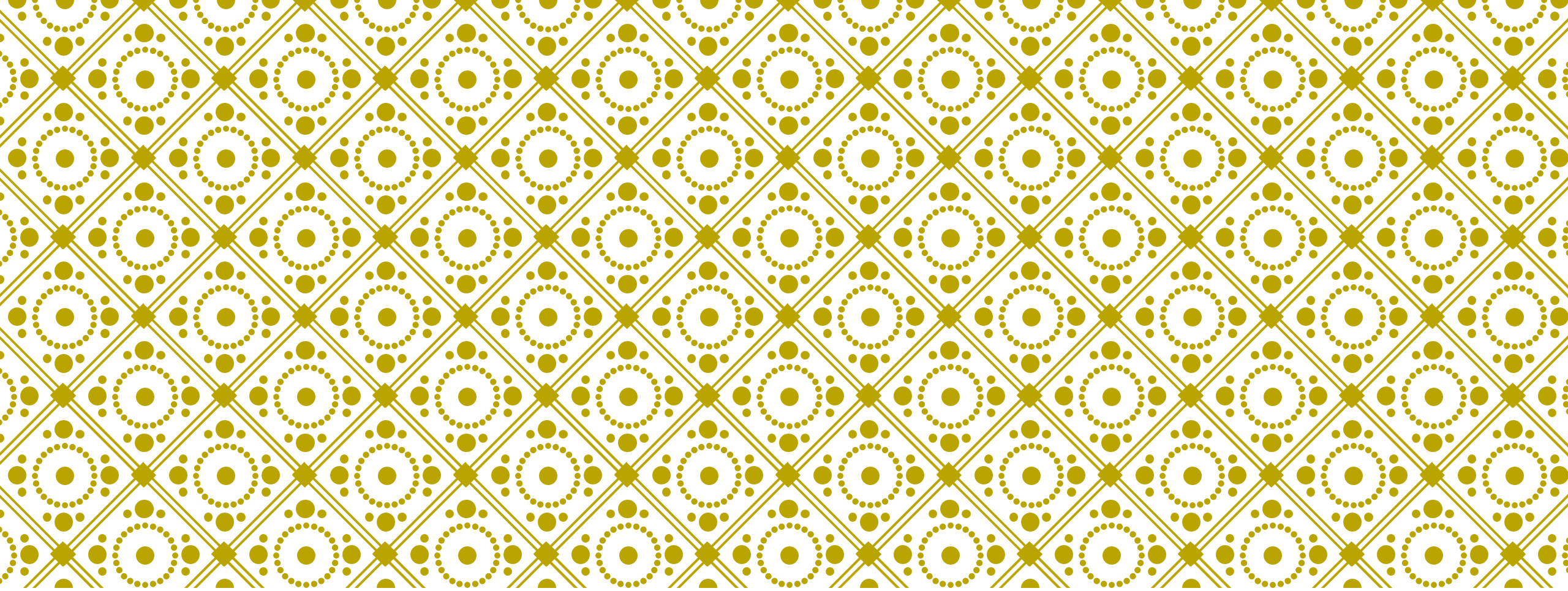
Modalités organisationnelles

- Solo majoritaire
- Groupe monodisciplinaire: incitants
- Association de Santé intégré
 - Min 2 médecins
 - Min 1 infirmier
 - Réunion de coordination régulière financées
- Impulséo
 - Support administratif, salariat

Implémentation: progressif et base volontaire?

Nouveau cadre à définir

- Implication AVIQ-Cabinet Wallon
- Collaboration nécessaire avec le niveau fédéral



CONCLUSIONS?



POUR CONCLURE: WORK IN PROGRESS...



Processus de 18 mois (actuellement 8 mois)

- À (pour-) suivre

Différents chantiers en parallèle

- AR 78, réforme financement infirmier, intergreo, informatisation, réponse à la pénurie de MG, ...

Actions possibles à votre niveau, aujourd'hui, dans le cadre actuel

- Nombreuses initiatives spontanées
- Inspiration auprès de la RA COMING

POUR CONCLURE... OU POUR DÉBUTER

Votre avis?
Des questions?
Des suggestions?

(aussi de manière anonyme via le document transmis au début)

Merci pour votre attention!!

jlbelche@uliege.be

