



CoMInG: DES ENSEIGNEMENTS, SOON?

Johanne Mathy

On l'a longtemps appelé Assisteo, avant d'évacuer la connotation de subordination et de le rebaptiser CoMInG, pour «Collaboration Médecins Infirmiers Généralistes».

Mais où en est donc ce projet wallon, qui scrute concrètement les formes de collaboration qu'un tandem MG-infirmier pourrait revêtir? Petit coup de projecteur sur cette expérience inédite qui a désormais dépassé la moitié de sa durée programmée, avec le Dr Jean-Luc Belche. Ce confrère liégeois chargé de cours au département de médecine générale de l'ULiège en est le chef de projet.

Tant Maxime Prévot qu'Alda Greoli, se succédant aux manettes de la Santé wallonne, rataient ou ratent rarement l'occasion d'évoquer l'initiative CoMInG. Elle est davantage reprise, dans les médias grand public, comme une arme de préservation d'une médecine de proximité alors que s'élargit une pénurie de MG (*) que comme un incubateur à nouvelles collaborations interprofessionnelles en santé.

C'est un consortium UCL-ULiège qui a été chargé de conduire les travaux, sous la houlette, côté UCL, de Jean Macq, professeur à l'IRSS (l'Institut de recherche santé et

société), et côté ULiège, du Dr Belche. C'est aussi l'ULiège qui endosse la coordination de la recherche-action. «*Cette méthode, elle est enthousiasmante: tout en étant dans l'action, on tire des enseignements pour améliorer le modèle. Et par ailleurs, c'est une démarche participative: nous ne sommes pas des scientifiques qui, de l'extérieur, observeraient des lapins blancs*», explique notre interlocuteur. Les chercheurs, qui comptent tant des MG que des infirmiers dans leurs rangs, visitent et échangent régulièrement avec les six «GRAL» – à savoir les «groupes de recherche-action locaux» – sélectionnés pour le projet.

Celui-ci a démarré en septembre 2017, et se clôture en février 2019. Soit 18 mois. «*C'est un peu court, on aurait souhaité qu'il dure plus longtemps, d'autant que*

la mise en route a pris pas mal de temps» Et qu'on n'est pas non plus un Integreo [du nom du gros projet fédéral «soins intégrés aux malades chroniques», ndlr], glisse au passage le MG liégeois. CoMInG dispose au total de 5 chercheurs-animateurs de groupe, dont ce n'est pas la seule activité.

UNE PALETTE DE COMBINAISONS

L'expérience est conduite sur six sites, six «GRAL» donc, à Mons, Gilly, Neufchâteau, Bertogne, Wanze et Ciney. L'échantillon a été construit de façon à refléter la palette de modes d'organisation qu'on rencontre sur le terrain. Cela va du MG solo ou en cabinet de groupe monodisciplinaire qui coopère avec des infirmiers eux-mêmes solistes ou en équipe, à l'ASI à l'acte et à la maison médicale au forfait. Le tout dans des milieux de vie urbain, péri-urbain et rural. «Avec dans ces combinaisons une dominante de solo et de mono-, pour une seule pratique forfaitaire sur les six, ce qui colle à la réalité actuelle», commente le Dr Belche.

Le travail s'est ouvert par une sorte d'état des lieux, une analyse SWOT pour faire émerger les forces et les faiblesses des modes de collaboration interprofessionnelle. «On travaille beaucoup dans l'analyse de l'existant, l'identification des problèmes, ce qu'en dit la littérature, les pistes à creuser...», dépeint Jean-Luc Belche. L'étape suivante est la détermination par les GRAL eux-mêmes des actions qu'ils souhaitent conduire prioritairement. «À Neufchâteau, l'attention se concentre sur un dossier partagé à domicile; à Bertogne, l'accent est mis sur les façons de soulager la faible densité en généralistes: les infirmiers offrent-ils un bon soutien pour un MG qui s'épuise? On réfléchit donc au partage de tâches. Dans un troisième GRAL, c'est la prise en charge des personnes âgées qui est au cœur de la réflexion...», énumère le chercheur liégeois qui, comme ses collègues, assure des réunions mensuelles sur site avec les participants. Au terme du processus, l'équipe énoncera des modalités d'organisation, des formes que la collaboration MG/infirmiers généralistes peut revêtir pour se révéler productive.

UNE PISTE PARMIS D'AUTRES, PAS PLUS

À l'origine, le concept Assisteo dont a dérivé CoMInG s'inspirait d'Impulseo, avec ses interventions publiques aidant le médecin à recruter du renfort – ici en l'occurrence pour des tâches médicales et non plus administratives. Est-ce vers cela qu'on se dirige pour l'aspect rétribution? «C'est une piste parmi d'autres, pas plus. Il y a différentes formules de financement à envisager, selon les tâches

Quid du spectre du manque-à-gagner?

Avec le vieillissement démographique et l'explosion des maladies chroniques et des polyopathologies, les pratiques, dans les métiers de soins, vont évoluer. Qu'est-ce qui sera demandé demain?

À quoi les MG seront-ils – ou seraient-ils? – les plus utiles? Au chronique; au complexe; au complexe à domicile, entend-on souvent. Dans un contexte d'effectifs qui descendent et de besoins qui montent, aller vérifier (trop?) régulièrement la tension de patients équilibrés, est-ce efficient? «Certains objectent qu'à leur enlever cette part du métier, on les prive de la relation aux gens. Mais on peut considérer qu'ils ont récupéré du temps médical, à consacrer aussi aux gens, mais différemment», objecte Jean-Luc Belche.

Cela étant, si on délègue le plus simple et routinier à, par exemple, des infirmières, il ne reste au médecin que le compliqué, qui prend du temps, et sa rémunération dans un système dominé par l'acte ne varie pas pour autant... «Effectivement, les études montrent que la gestion de la complexité doit être valorisée différemment. De mon point de vue, c'est la 2^e ligne qui pourrait avoir moins de boulot dans cette évolution. Si le MG fait davantage de complexe – étant entendu que ses revenus ne doivent pas être tirés vers le bas pour autant –, il y aura aussi moins de références à la seconde ligne; on rejoint un peu ici les conclusions des études sur les pratiques au forfait, qui adressent moins vers le spécialiste. Au final, la première ligne fera plus.»

qu'on définira. On pourrait imaginer que le patient s'inscrive pour un 'DMG préventif' chez un infirmier attiré, ou des forfaits différenciés en partant d'un socle assuré par l'infirmier (gestion du chronique, gestion de la prévention)... On n'a pas encore abordé cet aspect pécuniaire, mais il sera mis sur la table en cours de projet. On verra comment les deux professions voient les choses. On sent déjà que les infirmières n'ont pas envie d'être les employées des médecins, et tous ceux-ci d'ailleurs ne seraient pas preneurs de cette solution.»

Le Dr Belche fait observer que le métier d'infirmière est en pleine mutation, «avec des formations pour devenir "infirmière en ambulatoire", et des aspirations à ne pas se limiter aux toilettes, à être reconnues comme acteurs compétents dans des activités comme l'éducation thérapeutique, le suivi des maladies chroniques, les soins de plaies...» À ce stade, les participants ne bénéficient d'aucune mesure dérogatoire au cadre financier existant, «juste un dédommagement pour les réunions». Et «les groupes ont déjà repéré un manque à combler: il faudrait penser à rétribuer le temps de concertation entre infirmier et MG». ■

(*) à l'origine, le concept a été imaginé côté médecins comme un mécanisme inspiré d'Impulseo II, pour les soutenir dans des tâches cliniques