

# Collaboration entre soignants au sein d'une équipe: vers une meilleure intégration

Colloque printemps FEPRAFO

26 avril 2024

JLBelche

ULIEGE



LIÈGE université

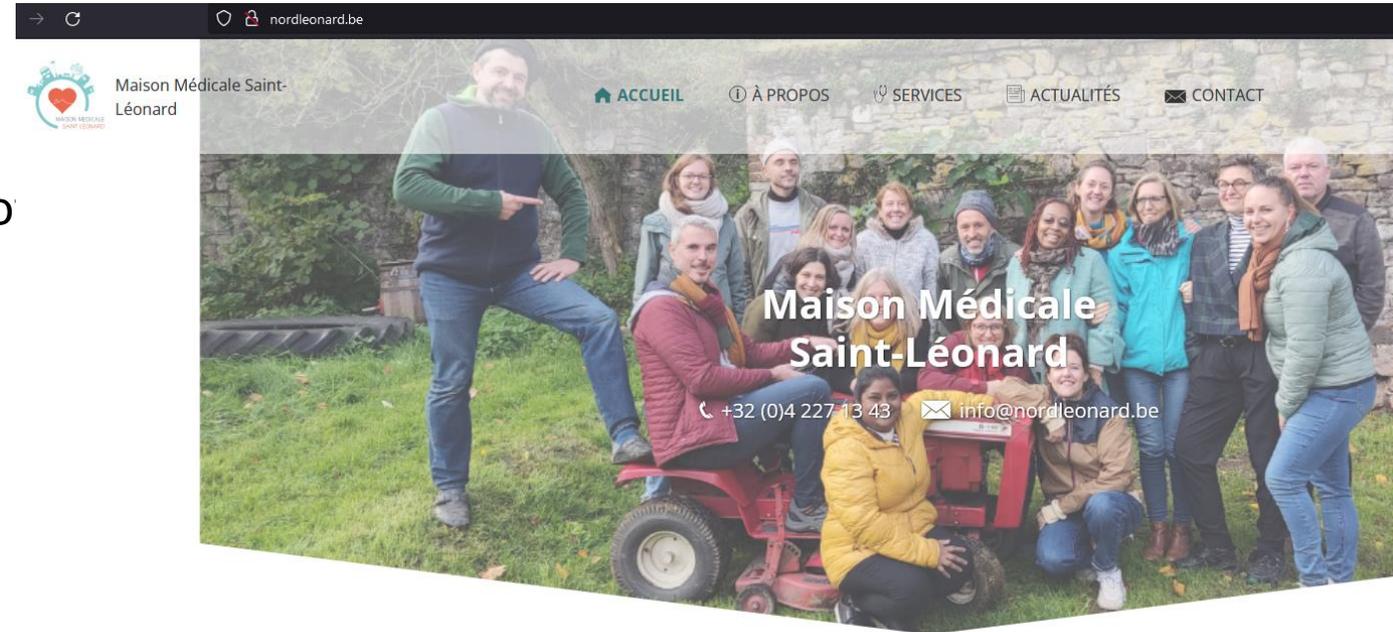
**Département de  
Médecine Générale**

Unité de Recherche  
Soins primaires et Santé

# Conflits d'intérêt

## Médecin généraliste

- Pratique de groupe
  - au fft
  - Pluridisciplinarité: M-K-I-AS-Promo Santé-Acc-Admin
    - 24 professionnels
  - ASBL/VZW
  - Autogestion
  - Faible tension barémique
  - Affiliation FMM-CSF
- Liège-quartier Nord
  - 3000 patients
  - Précarité SE



# Conflits d'intérêt



## **Chargé de cours-Professeur ULIEGE**

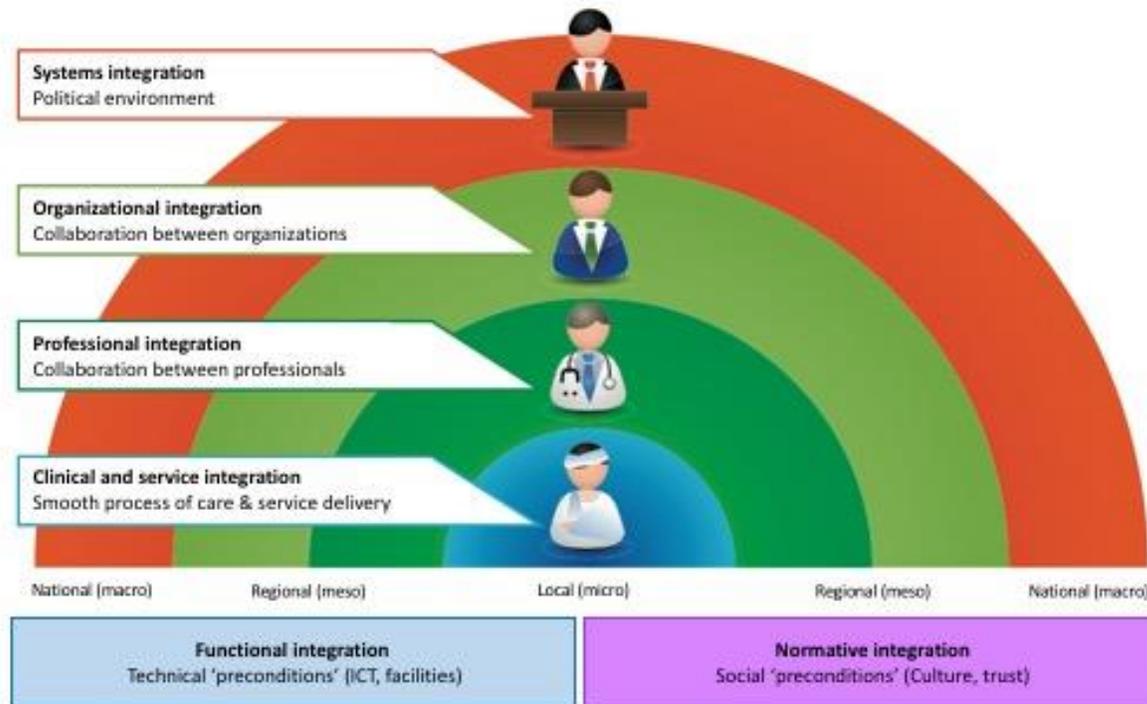
- PhD: intégration entre les lignes de soins
- COMING: collaboration MG-INFG Wallonie
- BeHive: organisation de la pratique de MG
- NEWDEAL
- Thématiques
  - Communication
  - Collaboration Med-Inf Soins Primaires
  - Intégration lignes de soins

# Messages clefs

- Il est indispensable de se connaître, se reconnaître et définir ce qui nous distingue, au sein d'une équipe
- Il est nécessaire de définir ce qui nous réunit, autour d'un patient et en tant qu'équipe.
- Il est utile de diversifier les outils de collaboration et de les utiliser de manière adaptée pour chaque situation.
- Il faut rechercher l'alignement maximal entre les valeurs personnelles, professionnelles et organisationnelles et les outils qui viennent en support aux collaborations.

# Modèle d'intégration des soins

## Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)



Based on: Valentijn et al. (2013 & 2016)

# Modèle d'intégration des soins

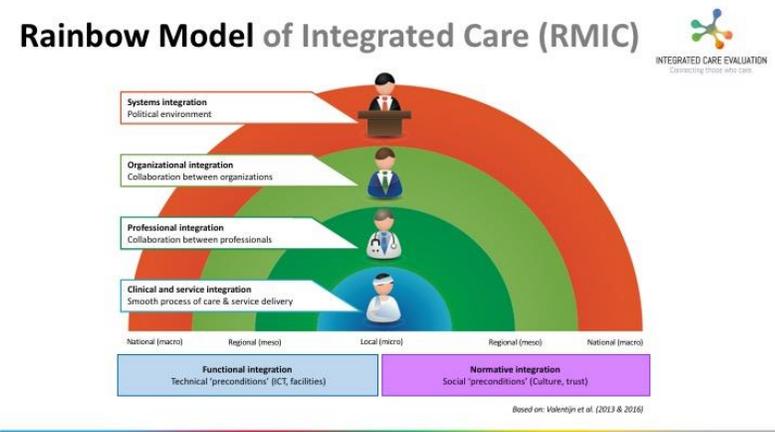
## Volet fonctionnel

Outils

Moyens

Fonctions (ex: gestion)

...qui soutiennent la collaboration



## Volet normatif

La culture

Le système de valeurs

Le cadre de référence

... des acteurs autour de la collaboration

# Modèle d'intégration des soins

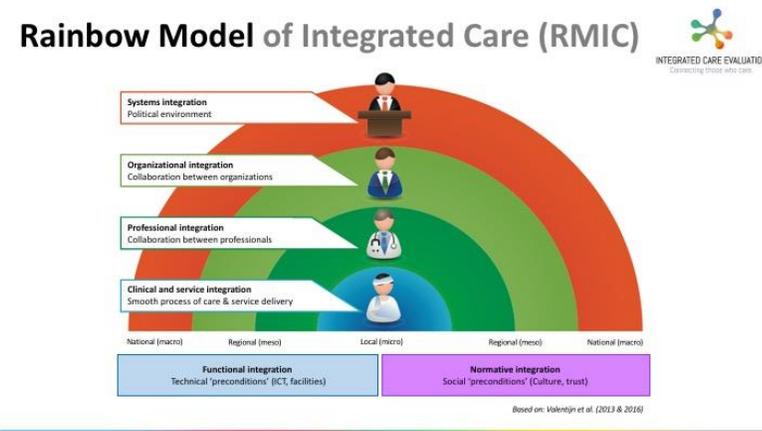
## Volet fonctionnel

Outils

Moyens

Fonctions (ex: gestion)

...qui soutiennent la collaboration



## Volet normatif

La culture

Le système de valeurs

Le cadre de référence

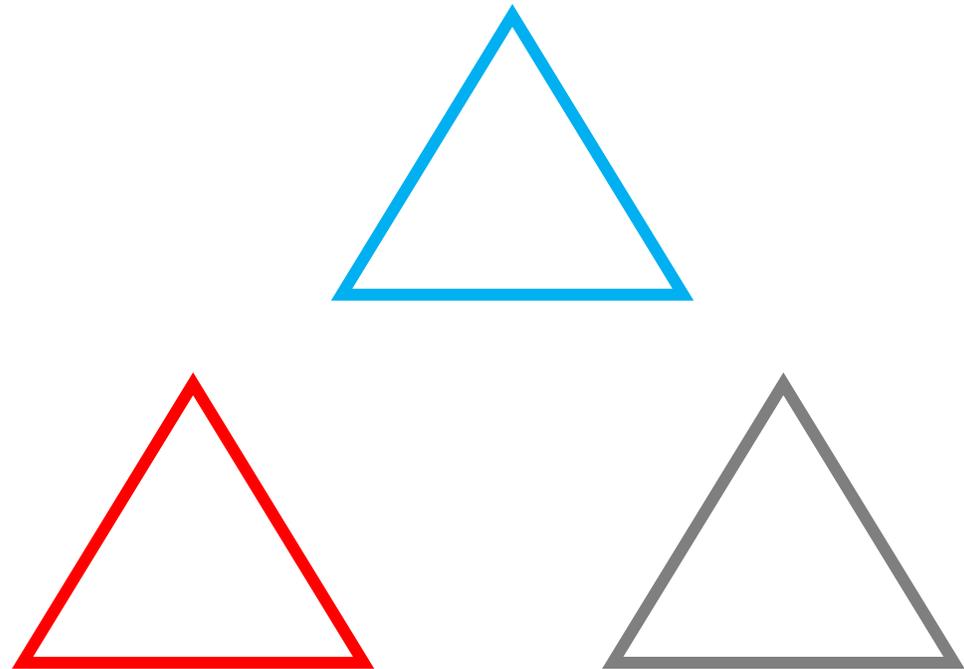
... des acteurs autour de la collaboration

- Dossiers partagés
  - Référence
  - Financement de la pratique
  - Réunions (concertation)
- « Kit de base d'une équipe de SP pluridisciplinaire »
- Patients communs

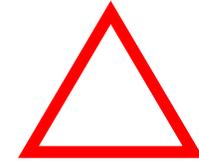
- **Différents professionnels**
- **Une même organisation**

# Différenciation professionnelle

- Evidente!
- ...mais en quoi?
  - Parcours de formation
  - Cadres de référence
  - Organisations de travail
  - Type de patientèle
  - ...
- = Faible connaissance interprofessionnelle



# Différenciation professionnelle



MG

- 80% des patients vus/an
- Population pédi + Souffrance santé mentale + population gériatrique
- Saisonnalité
- Moyenne: 5 contacts/an (impact de l'âge)

INFI

- 30% des patients vus/an
- De 2 à 25 contacts/an; 150 patients avec >5 contacts/an
- Saisonnalité (vaccins)
- Vaccins/vs suivi patients chroniques

- 20% des patients vus/an
- Moyenne: 2 à 9 contacts/an; 50 patients avec >18 contacts
- Peu de saisonnalité
- Trauma et population active; perte autonomie chronique

1 même patientèle

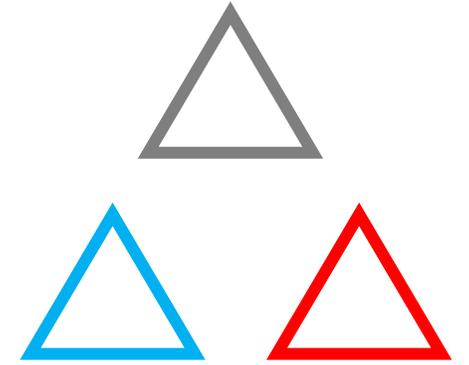
(Moyenne âge: 29 ans;  
BIM: 60%)

Données 2022





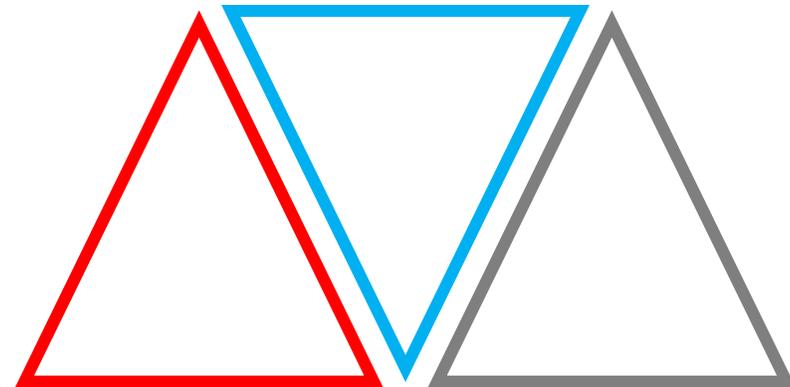
# Connaitre la profession de l'autre



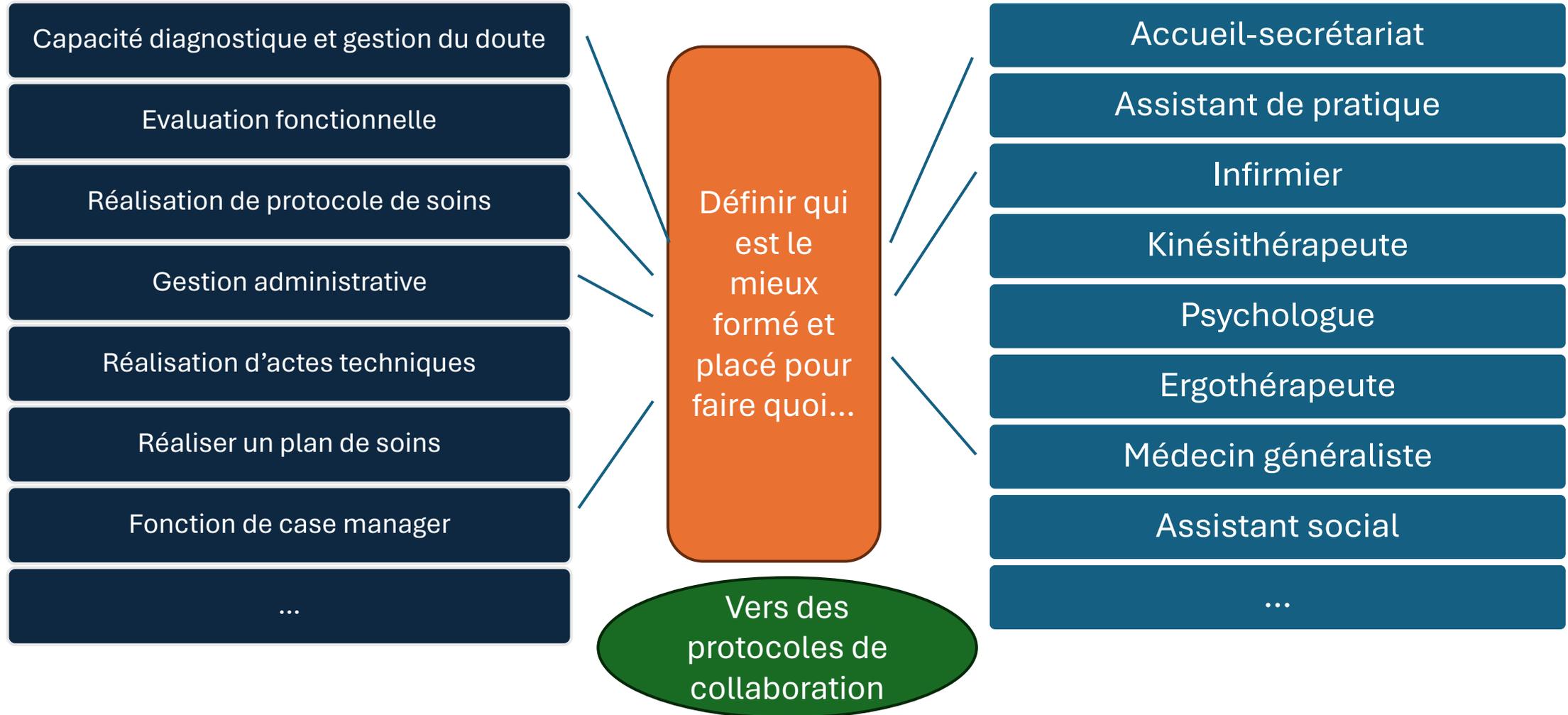
- Echanges au sein de l'équipe
  - « vis ma vie »
  - « racontes moi ton 2<sup>ème</sup> patient de la journée... »
  - Questionnement éthique propre à une profession face à une situation
- A entretenir régulièrement

# Collaboration autour d'un patient

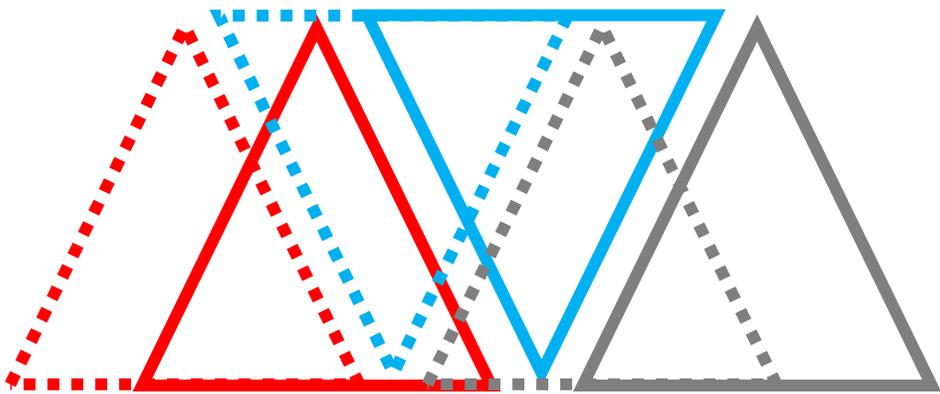
- Recherche d'efficience
  - = rapport qualité/coût
  - = être le plus pertinent, le plus qualitatif par rapport au niveau de formation/compétence acquis
- Principe de subsidiarité
  - « En politique, le principe de subsidiarité est le principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème »
- Souvent assimilé à une recherche d'économie de moyens/réponse face à une pénurie de ressources



# Différenciation au sein d'une équipe



# Constat actuel dans les pratiques de MG/SP



Le/la médecin généraliste fait des tâches infirmières et est peu performant dans des thématiques mieux gérées par les infirmier.e.s

L'acte intellectuel infirmier est peu valorisé (ni utilisé ni financé) en SP et les infirmier.e.s réalisent des tâches d'aide-soignant

Les aides-soignant.e.s sont peu intégrés en SP

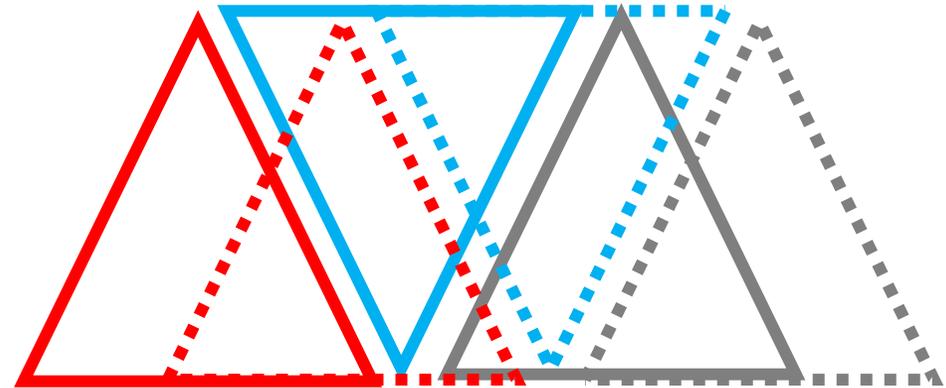
# Observation en situation COVID

Les MG prennent en charge des situations complexes à domicile, filtrent les demandes des patients avant l'arrivée à l'hôpital

Les infirmiers et les pharmaciens vaccinent des populations ciblées, selon des protocoles, les infirmier.e.s réalisent le tri des plaintes en SP

Des professionnels non médecins réalisent des activités d'OUT REACH pour des populations précarisées

Des professionnels de soutien administratif coordonne des centres de dépistage/vaccination



# Clarification et flexibilité

- The COVID-19 pandemic has highlighted the necessity of having a **well-qualified health and care workforce with competencies** and **flexibility** to adapt to changing requirements (Williams et al., 2022). The transfer of tasks between health professionals and closer collaboration across professions and organizations during the pandemic have shown the potential of skill-mix innovations **to maintain essential services and provide COVID-19 related services** (Sagan et al., 2021).



# Re-connaissance nécessaire

- Cette requalification doit s'accompagner d'une reconnaissance professionnelle
  - Valorisation financière
  - Valorisation fonctionnelle
- Au sein
  - du système de santé
  - des équipes



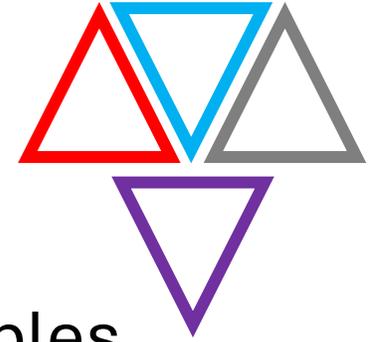
Les nouvelles figures de soins

## LA CASCADE DES QUALIFICATIONS

La dynamique de la **pandémie de Covid-19** pousse les différents groupes de métiers de la santé à **s'interroger sur leurs domaines respectifs de compétences et sur le partage des frontières professionnelles qui en découle**. Cette crise questionne également la place du patient et des aidants proches dans les soins et la reconnaissance des compétences ainsi acquises.

Fabian Defraigne, maître assistant à l'HELB et chercheur doctorant à l'ULB, Léa Di Biagi, chercheuse doctorante à l'ULB, Céline Mahieu, professeur à l'ULB, ainsi que les autres chercheurs\* de la chaire Be.Hive.





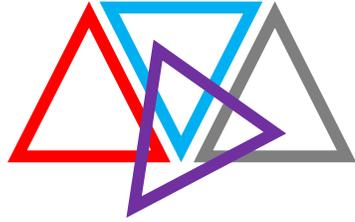
# Assistant de pratique

Profil de soutien orienté vers le médecin

Délégation



- Profil mixte
  - Secrétariat-accueil
  - Gestes médicaux simples
- Justification
  - Meilleure utilisation des compétences médicales/infirmières
    - Impact positif attendu sur la qualité des soins
  - Formation courte
    - Rapide et moins couteuse
  - Faible qualification nécessaire
    - Tremplin vers l'emploi



# Assistant de pratique

## Réactions

- Clarification des tâches
  - Recouvrement et « déqualification »
- Qualité des soins
  - Risque de confusion
  - Dilution des responsabilités
- *Meilleure acceptabilité de la part du monde médical?*



Accueil > Actualités > Assistants de pratique: les infirmiers réclament une concertation "réelle" avec le secteur

### Assistants de pratique: les infirmiers réclament une concertation "réelle" avec le secteur

11 septembre 2023



#### Les associations d'infirmier(e)s refusent la délégation des actes infirmiers

05 novembre 2020 Actualités

Trois associations d'infirmier(e)s ont exprimé jeudi leur opposition à la proposition de loi qui sera discutée dans l'après-midi à la Chambre et qui vise à autoriser "de manière exceptionnelle", pendant la crise Covid-19, que des activités relevant de l'art infirmier puissent être exercées par des personnes non légalement qualifiées".

Le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke méconnaît "une fois de plus" le rôle infirmier, réagissent lundi l'Association belge des Praticiens de l'Art infirmier (acn-asbl) et la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB) après l'annonce de la création de la fonction d'assistant de pratique. Dans une lettre ouverte, les deux associations réclament une "concertation" avec le secteur.

## OPINION

Check for updates

Oxford  
helen.salisbury@phc.ox.ac.uk Follow  
Helen on Twitter: @HelenRSalisbury  
Cite this as: *BMJ* 2023;382:p1596  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p1596>  
Published: 11 July 2023

### PRIMARY COLOUR

#### Helen Salisbury: Physician associates in general practice

Helen Salisbury *GP*

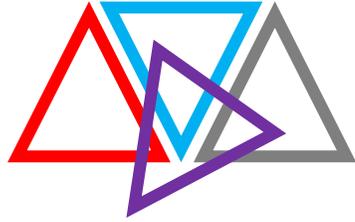
Last week, the tragic and avoidable death of a young woman was discussed in parliament.<sup>1</sup> The patient had presented to her general practice with, reportedly, obvious symptoms of a deep vein thrombosis and a pulmonary embolus. This diagnosis was not made then, nor after her condition worsened and she returned a week later. She died a few hours after this second visit.

The patient was under the impression she had been seen by a doctor, but in fact, at both appointments, she had seen a physician associate (PA). This qualification is given after a degree and a two year clinical skills course, and there are a growing number of PAs practising in the UK, in hospitals and in general practice. They have been brought in with the idea that they will support doctors, taking medical histories and examining patients under a doctor's supervision. They cannot prescribe drugs.

additional roles reimbursement scheme, which was intended to lighten the load of GPs and solve the workforce crisis. It has brought welcome additional skills to our surgeries, with the arrival of pharmacists, physiotherapists, and visiting paramedics—unfortunately, it has also led to a dangerous dilution of standards when underqualified and inadequately supervised staff are left standing in for GPs.<sup>5</sup>

The blame for this sorry situation does not lie with PAs themselves. Some of it belongs to overstretched practices that fail to supervise the PAs working with them, but the largest share lies with NHS England and its determination to solve our workforce crisis on the cheap.

Competing interests: See [www.bmj.com/about/bmj/freelance-contributors](http://www.bmj.com/about/bmj/freelance-contributors)  
Provenance and peer review: Commissioned; not externally peer reviewed.



## Collaboration MG- pharmacien

- Clarification des rôles
  - « Manque de concertation interprofessionnelle »
- Crainte de fragmentation
  - « Perte d'information »
  - « Perte vue globale »
- Crainte de manque de qualité
  - Formation et confiance
- « (...) contribue également à l'érosion et à la dévalorisation de la profession médicale »
- *Crainte de perte de revenus?*



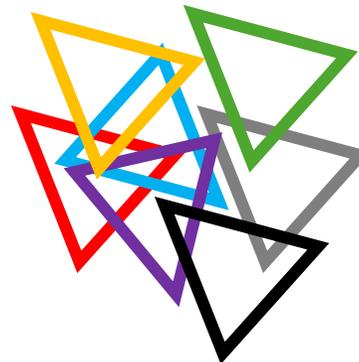
# Profusion de nouveaux rôles au sein de la première ligne belge

## Nouveaux rôles

- Assistant de pratique (médecin)
- Assistant en soins infirmiers
- Infirmier en pratique de MG
- Infirmier en pratique avancée en soins primaires (MK)
- Agent de santé communautaire
- Case manager-coordonateur de cas (MK)
- Intégrateur de soins-niveau méso

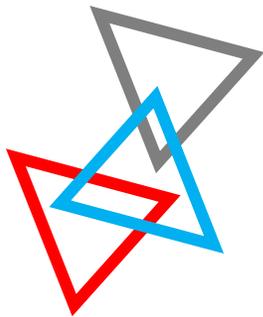
## Redéfinition du cadre de collaboration

- Médecin & infirmier
- Médecin & pharmacien (rôle clinique, vaccination)
- Médecin & kinésithérapeute (accès direct)
- Médecin & psychologue 1<sup>ère</sup> ligne (accès direct)
- Infirmier & aide-soignant

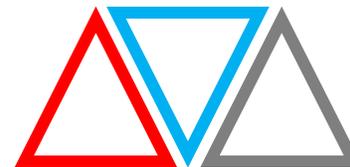


# Clarifier, reconnaître et organiser la différenciation professionnelle

- Méfiance
- Concurrence
- Perte de qualité
- Complexité du système



- Confiance
- Collaboration
- Gain d'efficacité
- Facilité de navigation dans le système

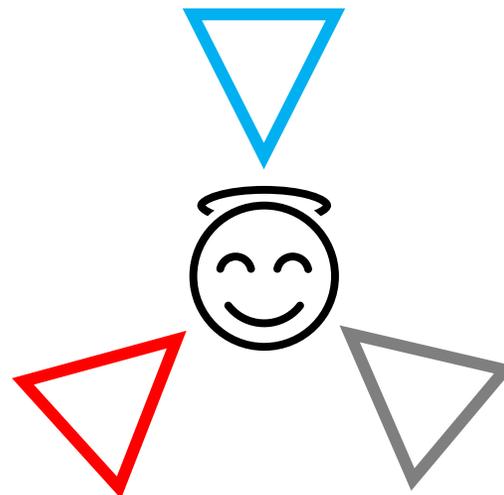


# Différents professionnels mais objectifs de soins partagés

- Objectif commun: le patient
- Paradigme de l'Aide et du Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne

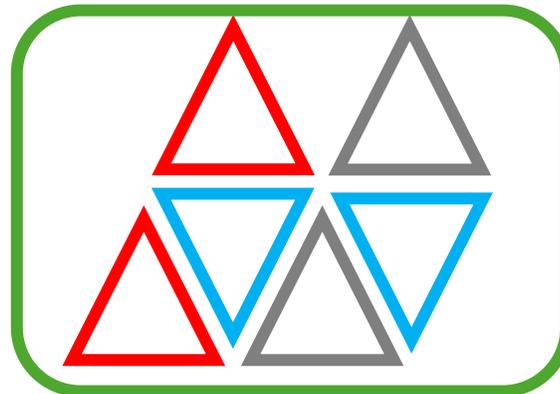
⇒ Gain d'efficacité en situation de multimorbidité

⇒ Outil d'intégration des soins



# Raison d'être de la pratique de MG/Soins primaires

- Au-delà de l'identité professionnelle
- Définir l'identité organisationnelle
  - Privée mais à finalité publique?
  - En cohérence avec les missions des soins primaires?
    - 1st Contact-Comprehensiveness-Continuity-Coordination-Communitary (Starfield)
    - Responsabilité sociale et populationnelle?
    - Responsabilité environnementale? (WONCA 2023)



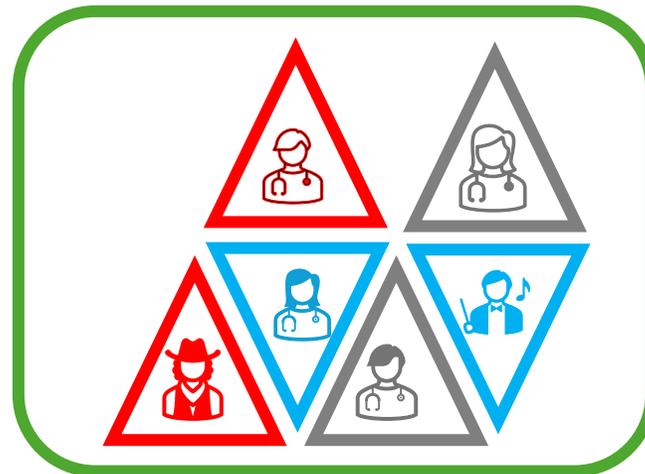
# Connaissance interpersonnelle et intergénérationnelle

## Individus

- Chacun son propre contexte, sa propre culture, ses propres ressources, sa motivation à être soignant

## Génération

- Autres perspectives de carrière
- Autre équilibre vie professionnelle/vie privée



# Modèle d'intégration des soins

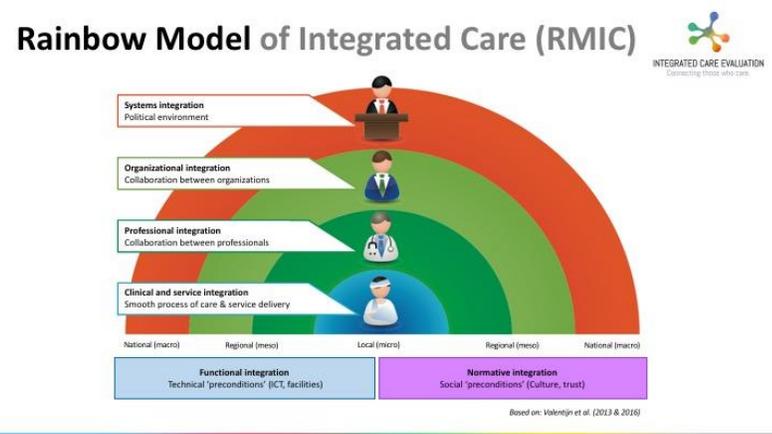
## Volet fonctionnel

Outils

Moyens

Fonctions (ex: gestion)

...qui soutiennent la collaboration



## Volet normatif

La culture

Le système de valeurs

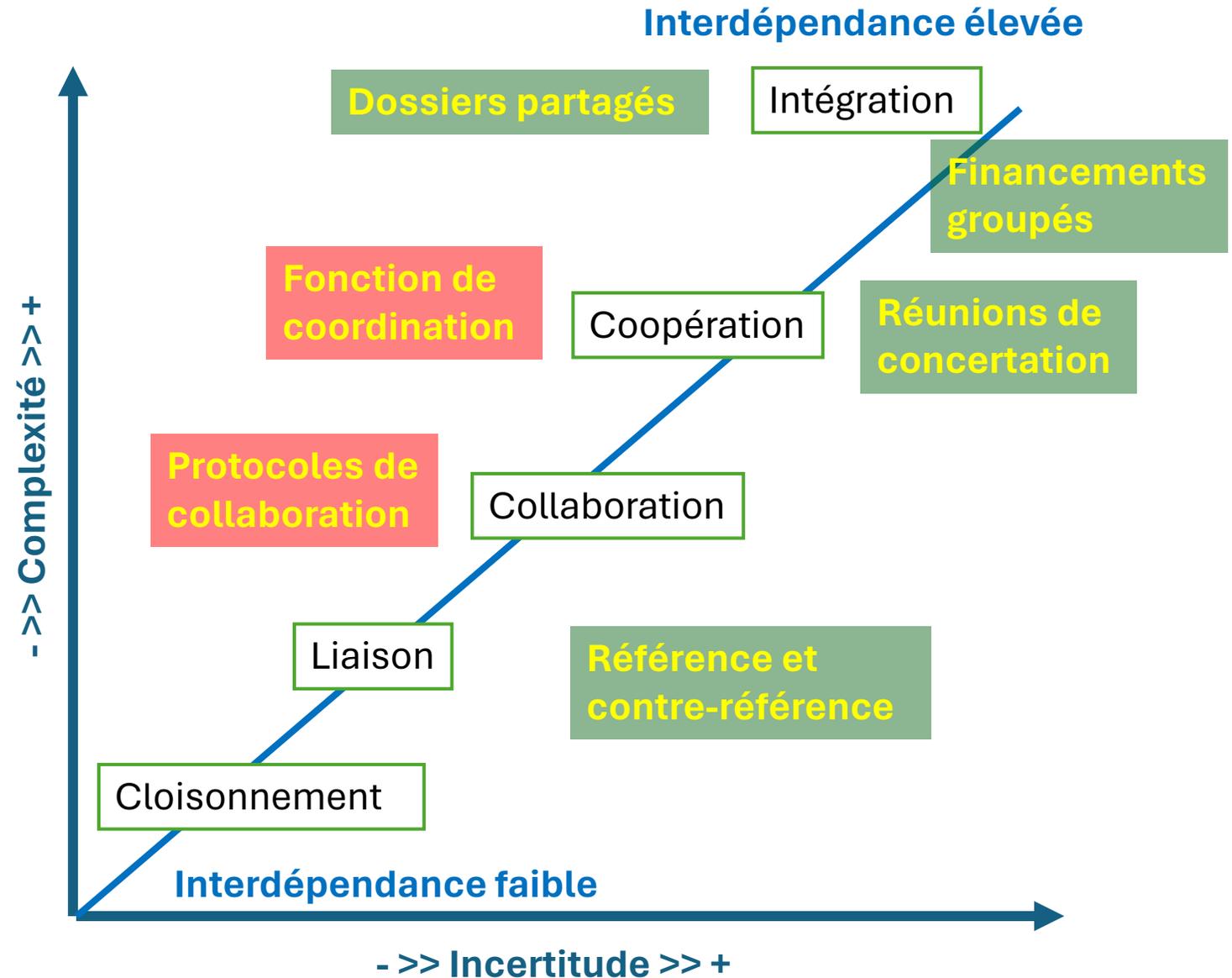
Le cadre de référence

... des acteurs autour de la collaboration

- **Dossiers partagés** « Kit de base d'une équipe de SP pluridisciplinaire »
- **Référence** Patients communs
- **Financement de la pratique**
- **Réunions (concertation)**

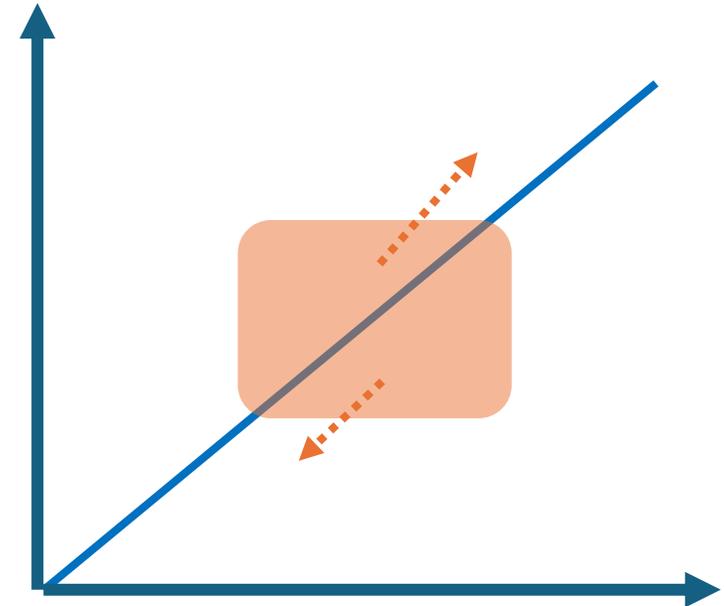
- Différents professionnels
- 1 organisation

Gradation de la collaboration et influence sur les outils/modalités



# Conséquences

- Il manque certains outils de collaboration
  - Pour certaines situations, perte d'énergie
  - Pour d'autres, perte d'efficacité



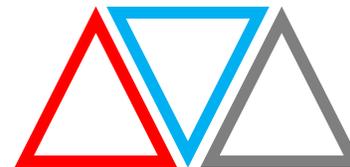
# Protocoles de collaboration internes

- Définition

- « Care pathways », « chains of care », « itinéraires cliniques »
- Définition des rôles respectifs dans une situation donnée
- Situation d'une complexité modérée
  
- S'adapte aux ressources présentes dans chaque équipe

- Ce que cela apporte

- Gain d'efficacité
- Satisfaction professionnelle
- Continuité des soins



# Composition de l'équipe: Qui pour faire quoi?

## QUI >>> QUOI

- Modalités organisationnelles définies au préalable
- Liberté professionnelle d'organisation et d'implantation en Belgique

## QUOI >>>> QUI

- Connaitre les besoins en soins/santé de la population desservie avant de définir les modalités organisationnelles
- Nécessite des outils, des compétences, le travail en réseau
  - Eerstelijnzorg Zone
  - Proxisanté
  - Bassin de vie

# Modèle de Reeves Interprofessional teamwork

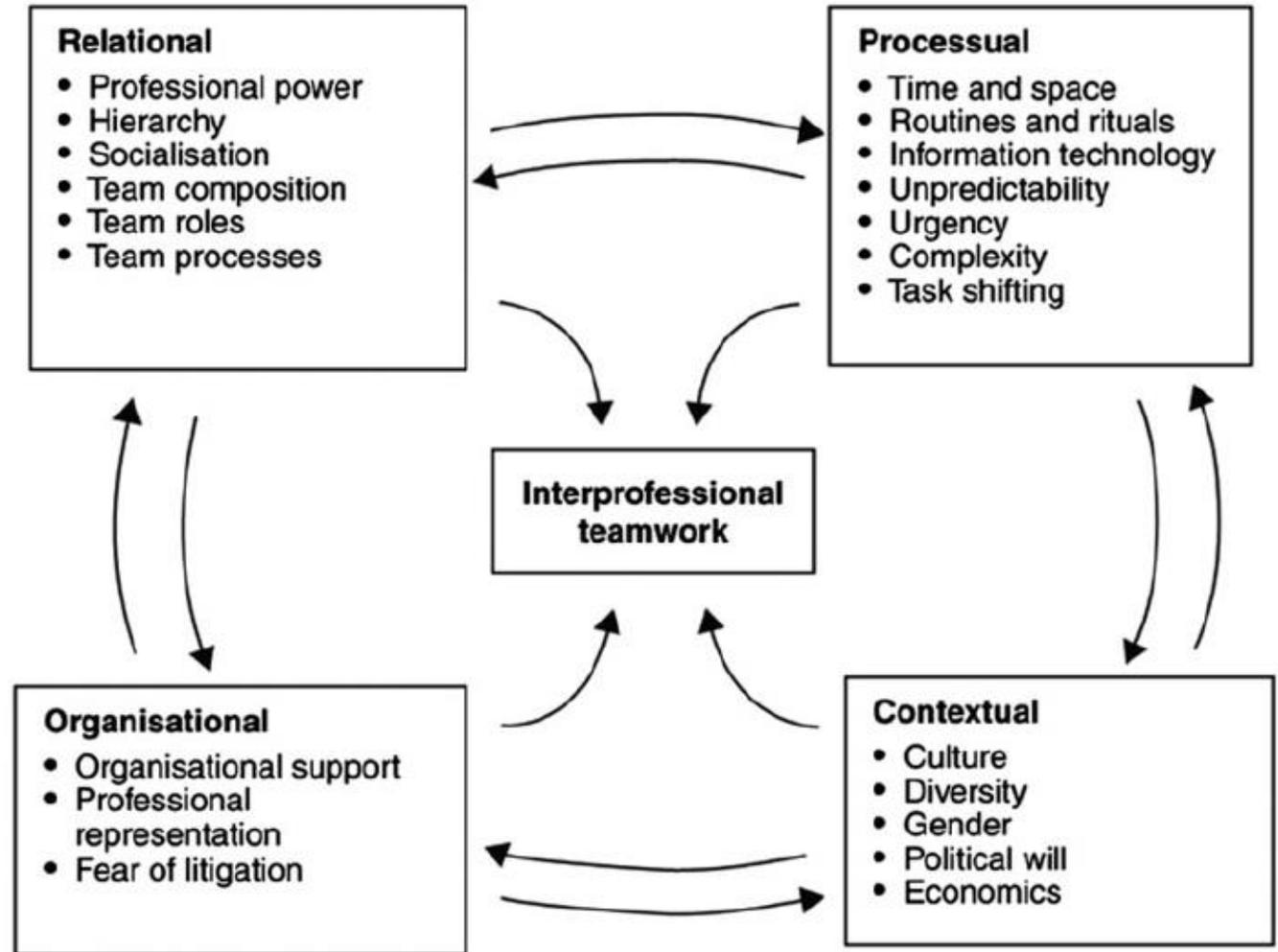


Figure 1. Reeves et al. (2010) Conceptual Framework for Interprofessional Teamwork.

# Collaboration médecin généraliste-infirmier

Wallonie 2017-19:

MG-Infirmier > MG-assistant de pratique



Recherche-  
Action  
Collaboration  
Médecin  
Infirmier  
Généralistes

## • Justification

- Manque de ressources: zone en pénurie de MG
- Qualité des soins: Plus de prévention, meilleure gestion des maladies chroniques complexes
  - = Diversification

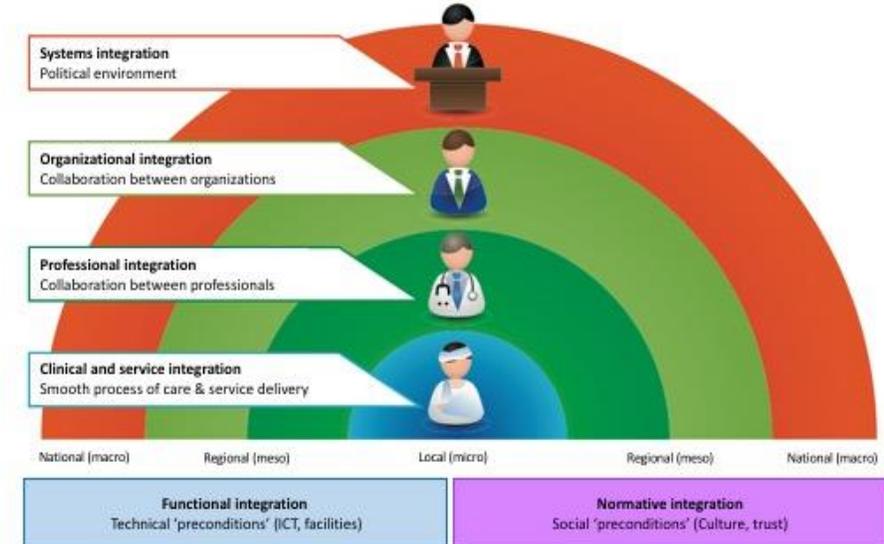
	STRENGTHS	WEAKNESS
<i>Professional power</i>	Openness of GP	Lack of confidence from GP
<i>Hierachy</i>		Implicit and explicit hierarchy: inhibits dialogue, initiatives
<i>Team composition</i>	Small teams	Large teams
<i>Teams roles</i>	Interprofessional recognition Skills and competencies of RN (specialization)	GP's lack of knowledge of NP's role and skills
<i>Teams processes</i>	Sharing values and goals	Lack of protocols and procedures Difficulties to identify common patients
<i>Time and space</i>	Shared locations Dedicated time for meetings	No shared place, no dedicated time
<i>Information technology</i>	Shared although monoprofessional health record	No multiprofessional E-Healthrecord
<i>Organisational support</i>	Administrative assistance	Significant workload
	OPPORTUNITIES	THREATS
<i>Political will</i>	Support from research team	Lack of clarification tasks between PC Healthworkers Workforce shortages No legislation for new tasks
<i>Economic</i>		No finance for care coordination and meetings No finance for RN's new activities

# Conclusions

# Collaboration et Intégration des soins: débuter par quoi?

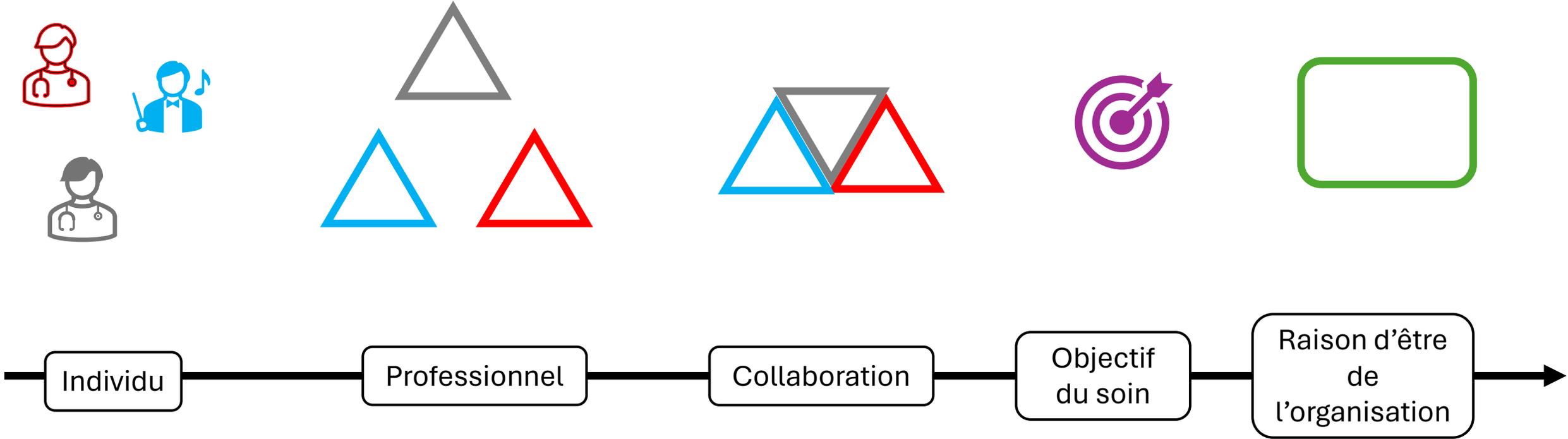
- Raison d'être organisationnelle << >> Connaissance interprofessionnelle<< >> connaissance interpersonnelle
- Cadre de référence << >> outils de collaboration
- Dynamique propre à chaque contexte
- Analyse complète des obstacles et facteurs favorisants nécessaires

## Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)



Based on: Valentijn et al. (2013 & 2016)

# Alignement maximal recherché



# Merci pour votre attention

jlbelche@uliege.be



LIÈGE université

**Département de  
Médecine Générale**

Unité de Recherche  
Soins primaires et Santé