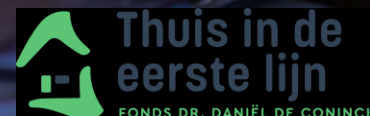


# Défis, enjeux et complémentarité des nouveaux rôles au sein de la 1ère ligne

Marlène KARAM, Université de Montréal  
JeanLuc BELCHE, Université de Liège

# Welkom

Op de Belgische Conferentie voor de eerste lijn 2023





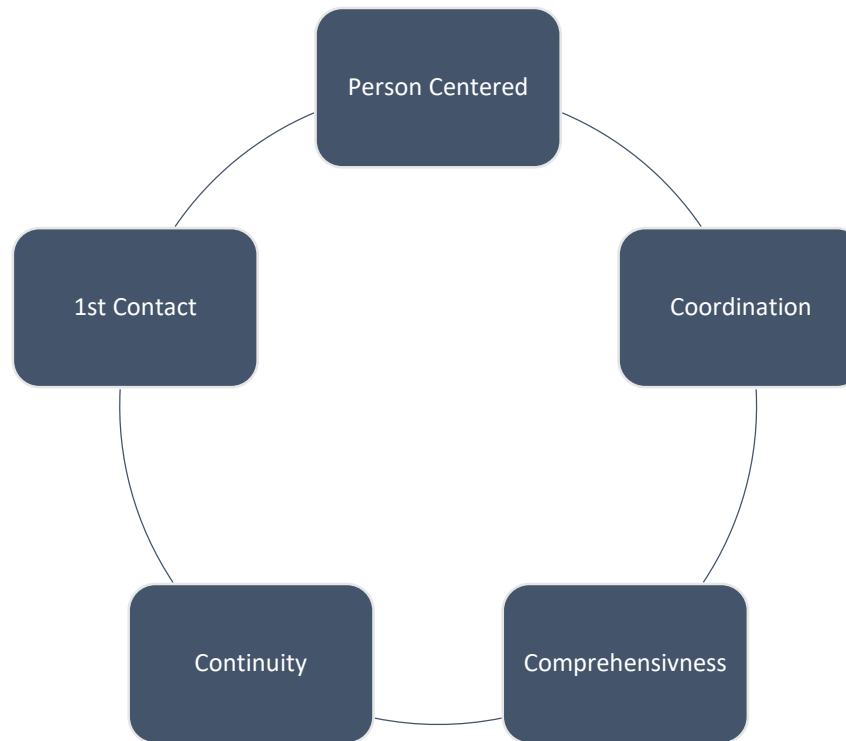
Première ligne de  
soins?

*Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur  
du monde.*

*Albert Camus*

- Définition fonctionnelle

Première ligne de soins



**Medical  
generalism**

Why expertise in whole person medicine matters

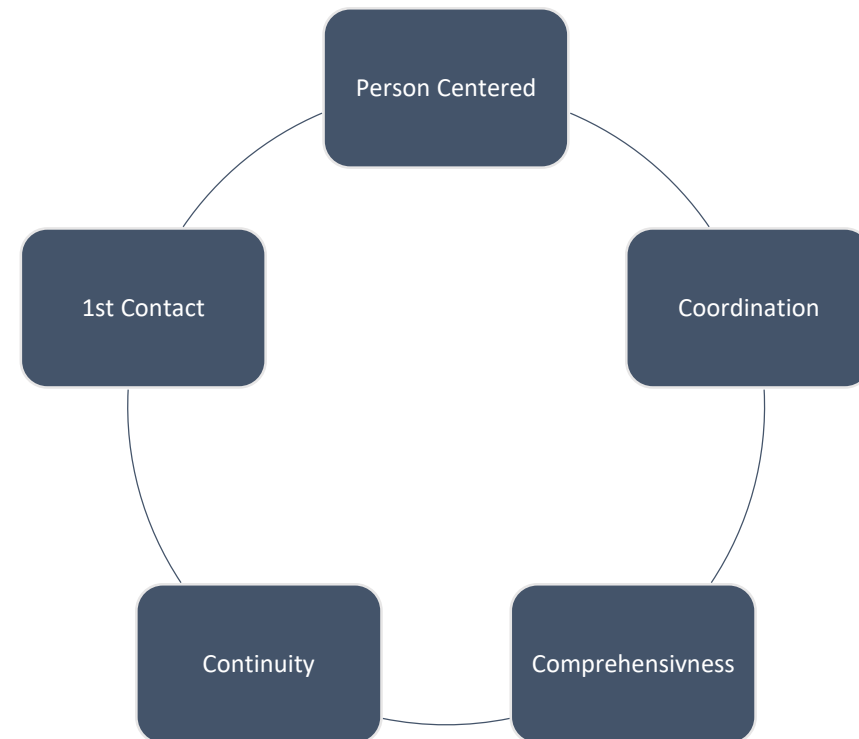
June 2012

**RC  
GP** Royal College of  
General Practitioners

Starfield 1998

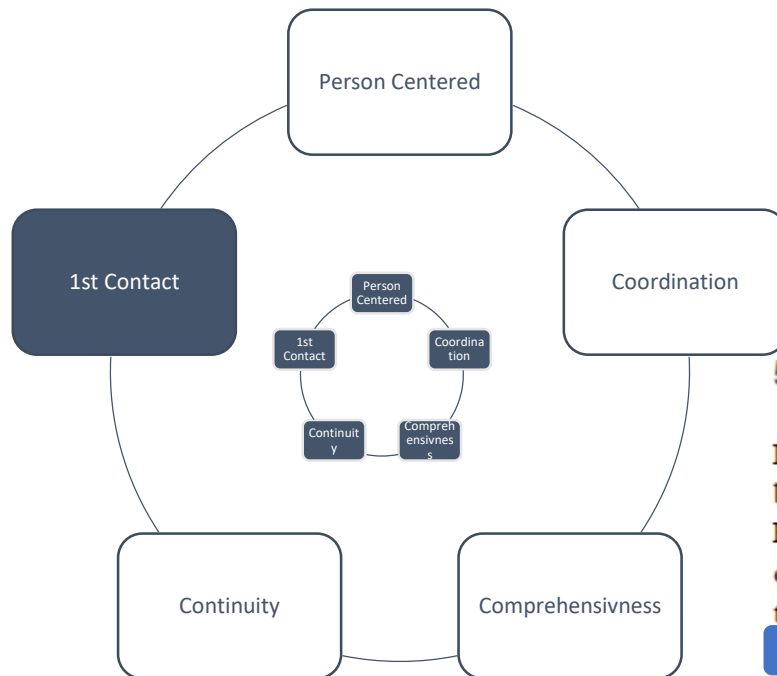
Première ligne de soins

- Définition fonctionnelle de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins
- ....en découle les fonctions qui en font partie



# Première ligne de soins

- Définition fonctionnelle de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins
- ....en découle les fonctions qui en font partie ?



## 5.3 Primary/ambulatory care

In this section, [redacted] between an individual and the health system. Since there is no referral system in Belgium [redacted] (in particular for gynaecology, ophthalmology, dermatology, paediatrics and otorhinolaryngology) the specialist often forms the first point of contact with the patient in the health care system. They will [redacted]



# Première ligne de soins

## Les métiers de demain de la première ligne de soins

*Étude réalisée par la  
Fédération des maisons médicales  
en 2011 à la demande du*

*Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de  
la chaîne alimentaire et Environnement*

*Federale Overheidsdienst - Volksgezondheid,  
Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu*

PAUL DE MUNCK  
FLORENCE PALIGOT  
VANESSA BARBOSA  
ISABELLE HEYMANS  
ELYSÉE SOMASSE  
FABIENNE SAINT AMAND  
BRITT CAREMANS  
INGRID DRUYTS  
JEAN MACQ

- Définition fonctionnelle
- ....en découle les fonctions qui en font partie

« 148 fonctions à l'œuvre en 1<sup>ère</sup> ligne »

« 22 fonctions jugées pertinentes »

Accueil et secrétariat	Ergothérapeute
Agent de promotion de la santé	Gestionnaire de projets
Aide familial	Infirmier généraliste
Aide-soignant	Infirmier psychiatrique
Assistant social	Kinésithérapeute
Assistant de pratique en MG	Médecin généraliste
Coordinateur de soins à domicile	Pharmacien
Dentiste	Psychologue
Diététicien	Optométriste
Directeur administratif	Psychomotricien
Directeur thérapeutique	Sage-femme

# Première ligne de soins

Les métiers de demain de la première ligne de soins

Étude réalisée par la Fédération des maisons médicales en 2011 à la demande du

Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Federale Overheidsdienst - Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Accueil et secrétariat	Ergothérapeute
Agent de promotion de la santé	Gestionnaire de projets
Aide familial	Infirmier généraliste
Aide-soignant	Infirmier psychiatrique
Assistant social	Kinésithérapeute
Assistant de pratique en MG	Médecin généraliste
Coordinateur de soins à domicile	Pharmacien
Dentiste	Psychologue
Diététicien	Optométriste
Directeur administratif	Psychomotricien
Directeur thérapeutique	Sage-femme

## Distinction des fonctions entre celles:

- qui prodiguent des soins globaux à une population
- qui sont spécialisées dans un domaine spécifique (motricité, santé mentale, nutrition, etc.)
- qui font du travail de soutien ou du travail délégué
- qui ont une fonction managériale ou animation d'équipe
- qui sont centrées sur la promotion de la santé

Quels phénomènes  
expliquent  
l'émergence de  
nouveaux rôles au  
sein de la 1<sup>ère</sup> ligne?







**TASK SHIFTING AND  
HEALTH SYSTEM DESIGN**  
Report of the  
**Expert Panel on effective ways of  
investing in Health (EXPH)**



- « Historiquement, l'évolution des rôles et la répartition des tâches sont déterminés par au moins cinq facteurs :
  - l'évolution des maladies,
  - les progrès technologiques,
  - les normes professionnelles, y compris les attitudes à l'égard des hiérarchies,
  - les pénuries de personnel de santé
  - et la recherche d'une plus grande efficacité et d'un meilleur rapport coût-efficacité »

# L'histoire des professions de 1<sup>ère</sup> ligne en Belgique

Différentes évolutions:

- Évolution du profil des maladies: connaissances médicales, crises sanitaires
- Evolution des ressources professionnelles
- Processus de légitimation professionnelle

Processus initial de différenciation

Suivi de la nécessité d'intégration

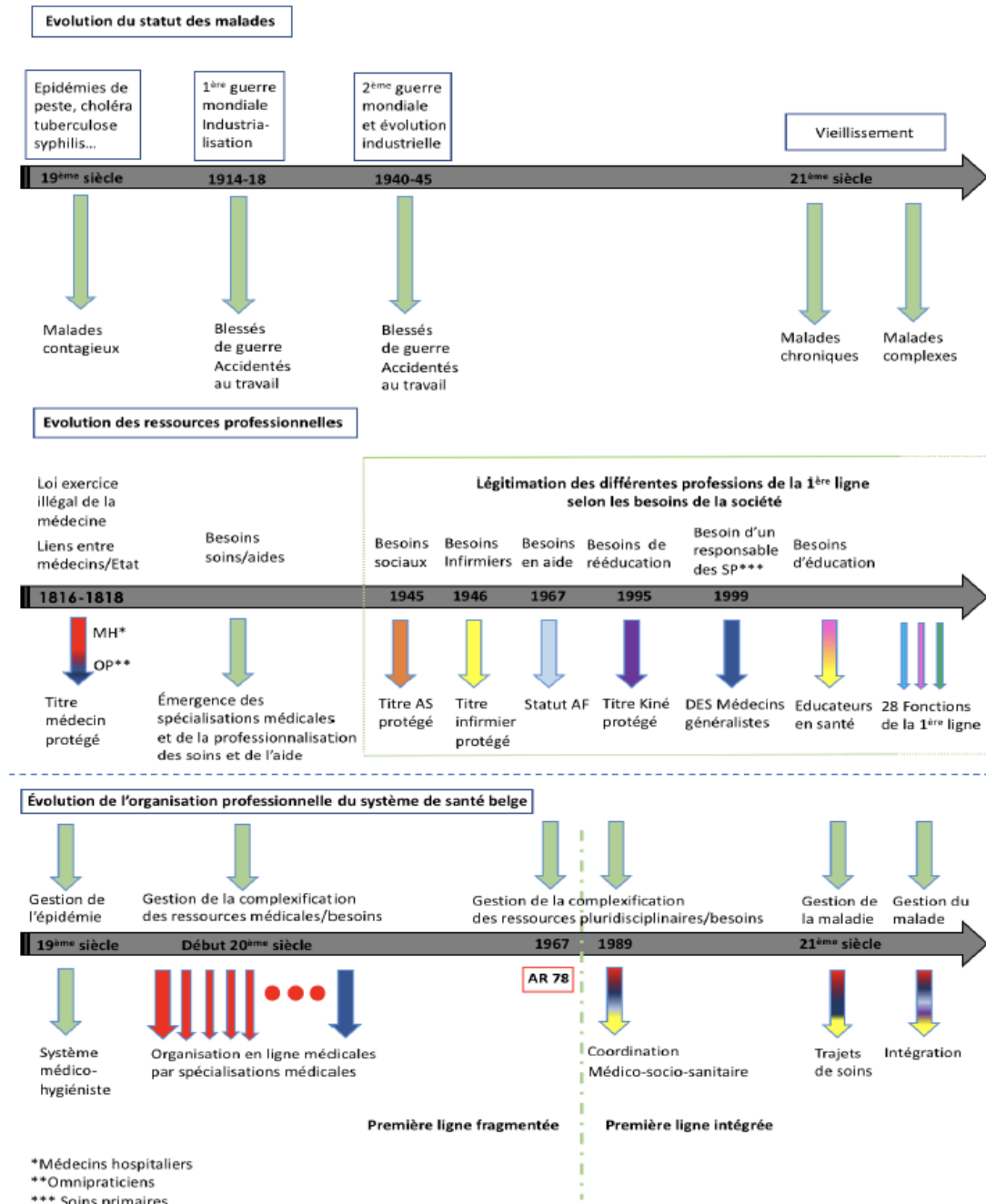


Figure 20. Résumé de l'histoire de l'organisation professionnelle de la première ligne belge selon (Buret, 2020)

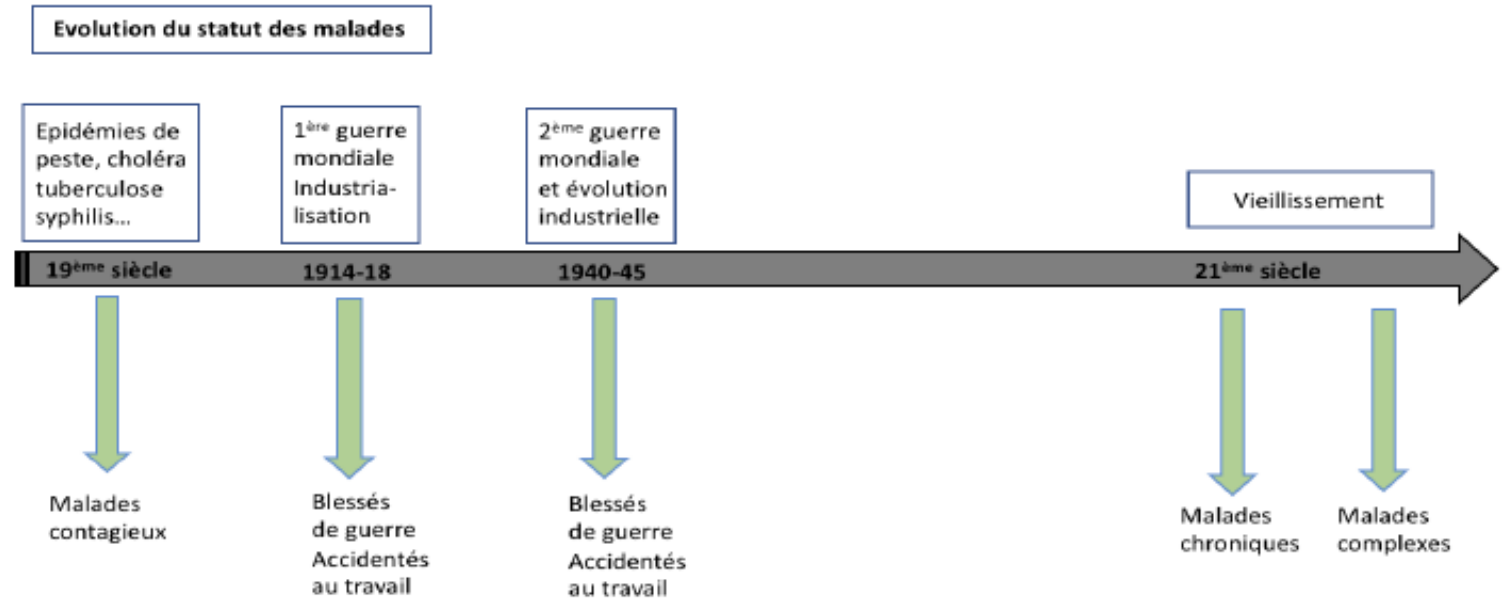


Source: Livre Blanc de la 1<sup>ère</sup> ligne BEHIVE 2020

# L'histoire des professions de 1<sup>ère</sup> ligne en Belgique

Différentes évolutions:

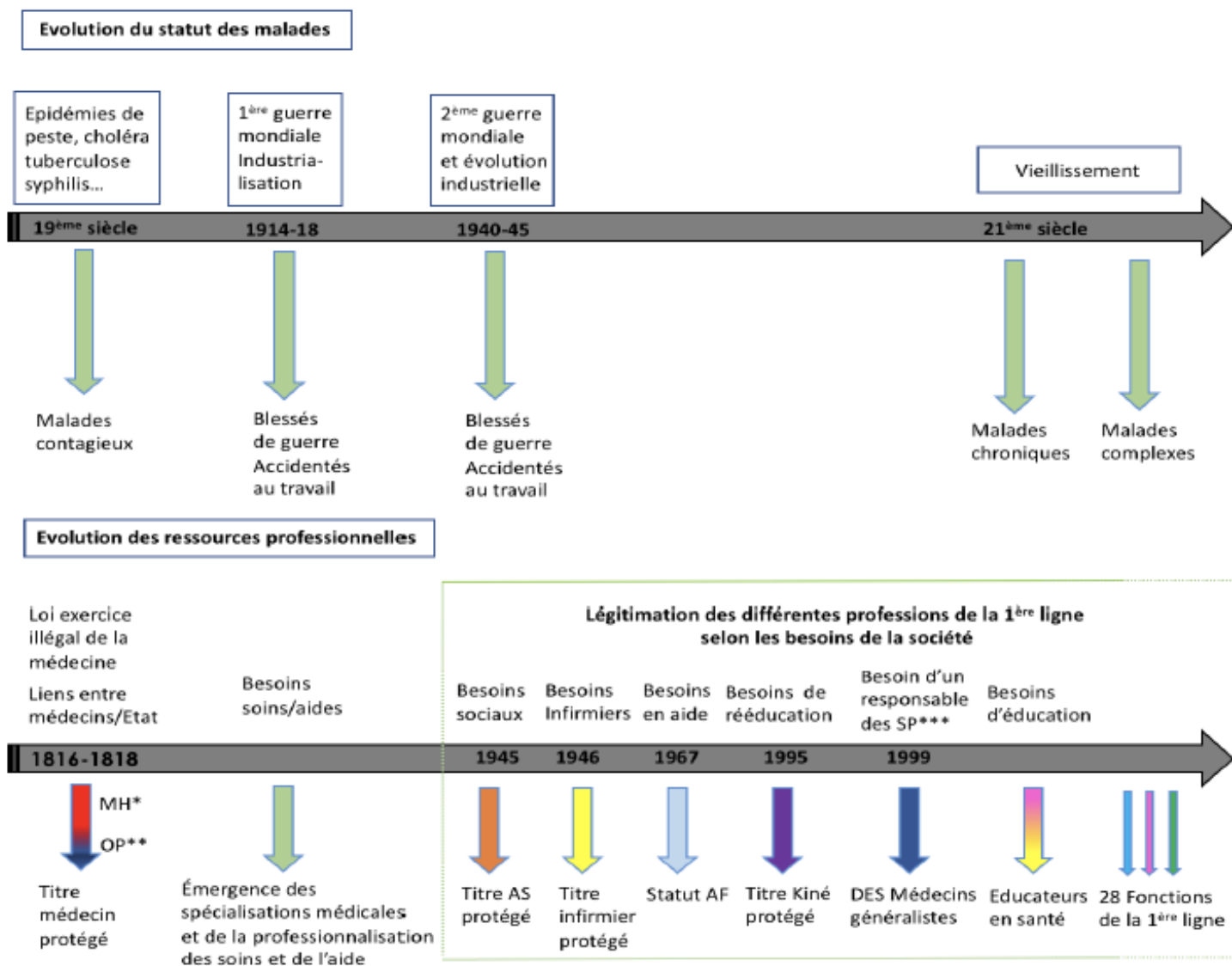
- Évolution du profil des maladies: connaissances médicales, crises sanitaires



# L'histoire des professions de 1<sup>ère</sup> ligne en Belgique

Différentes évolutions:

- Évolution du profil des maladies: connaissances médicales, crises sanitaires
- Evolution des ressources professionnelles
- Processus de légitimation professionnelle



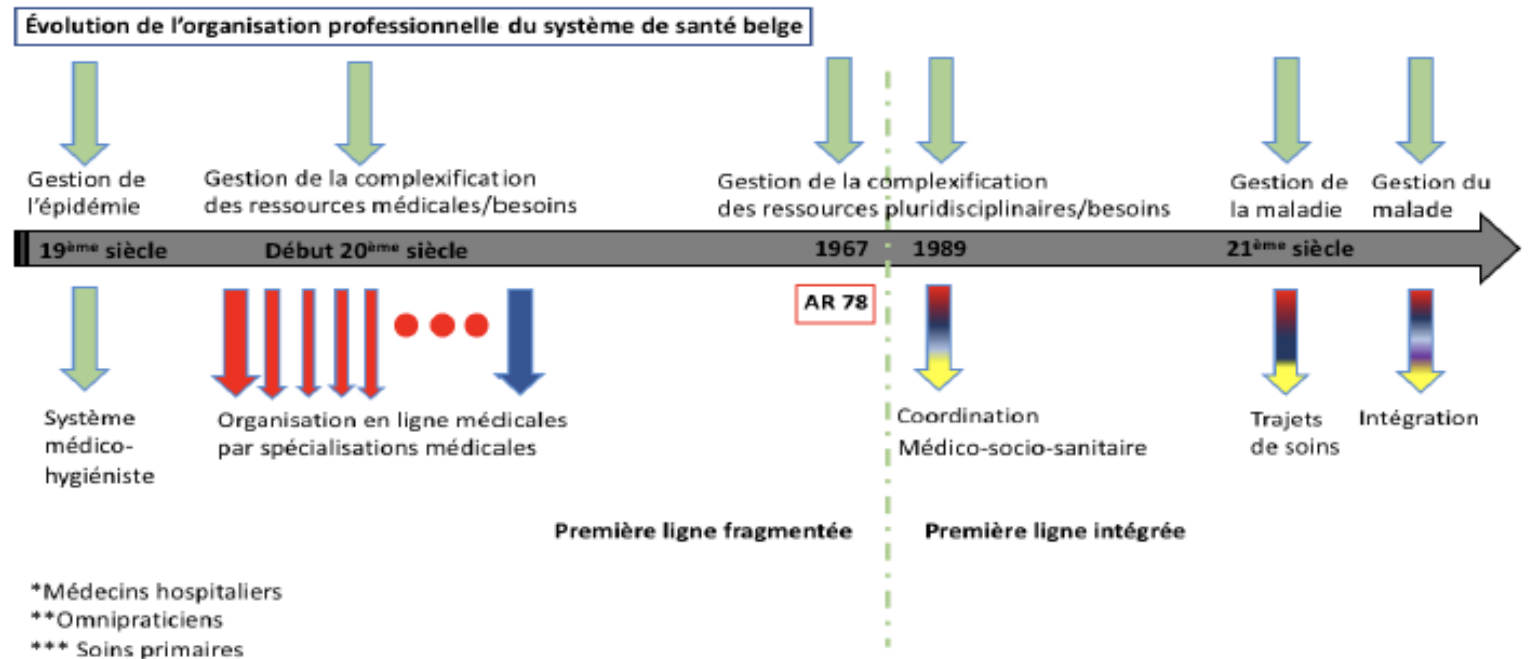
# L'histoire des professions de 1<sup>ère</sup> ligne en Belgique

Différentes évolutions:

- Évolution du profil des maladies: connaissances médicales, crises sanitaires
- Evolution des ressources professionnelles
- Processus de légitimation professionnelle

Processus initial de différenciation

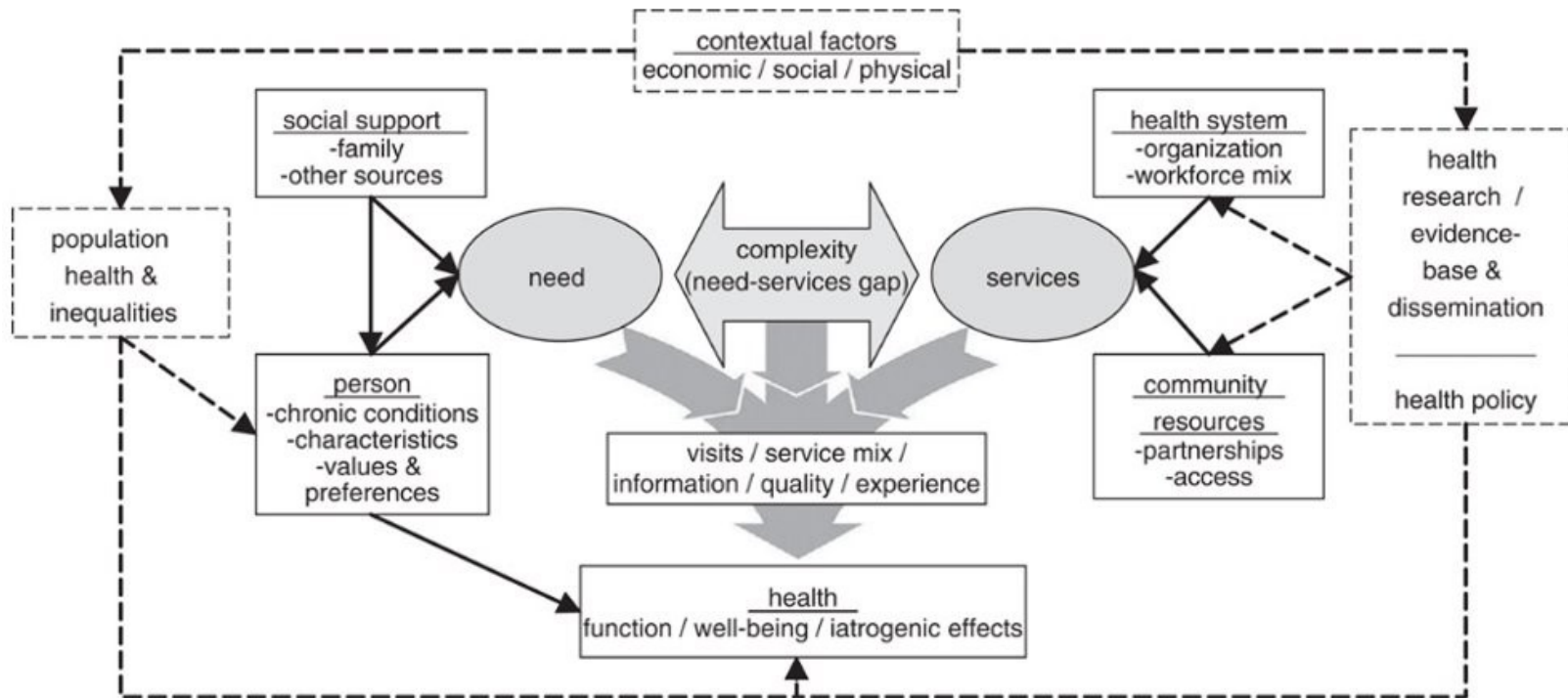
Suivi de la nécessité d'intégration



Source: Livre Blanc de la 1<sup>ère</sup> ligne BEHIVE 2020

# Modèle de complexité de Grembowski

- Déséquilibre entre les besoins et l'offre de services
- Besoins de coordination
- Besoins de fonction de soutien



A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions (Grembowski et al., 2014)

# Crises sanitaires

Dans l'histoire ancienne

Et récente: COVID-19

- 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).



# Réponse à la complexité

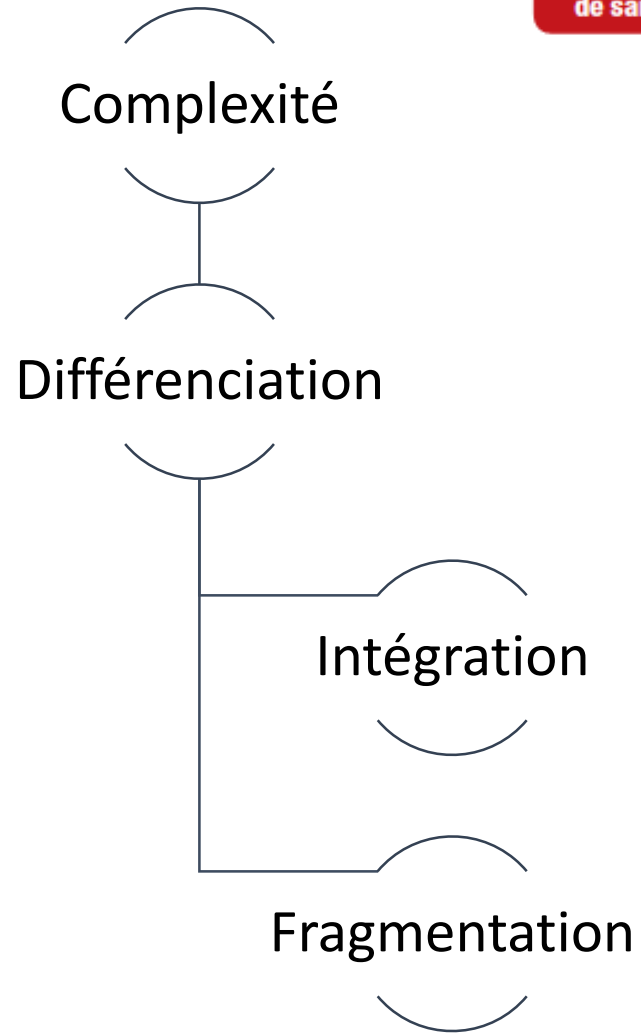
Théorie des organisations et des systèmes

=

Processus adaptatif des organisations/organismes dans un environnement complexe

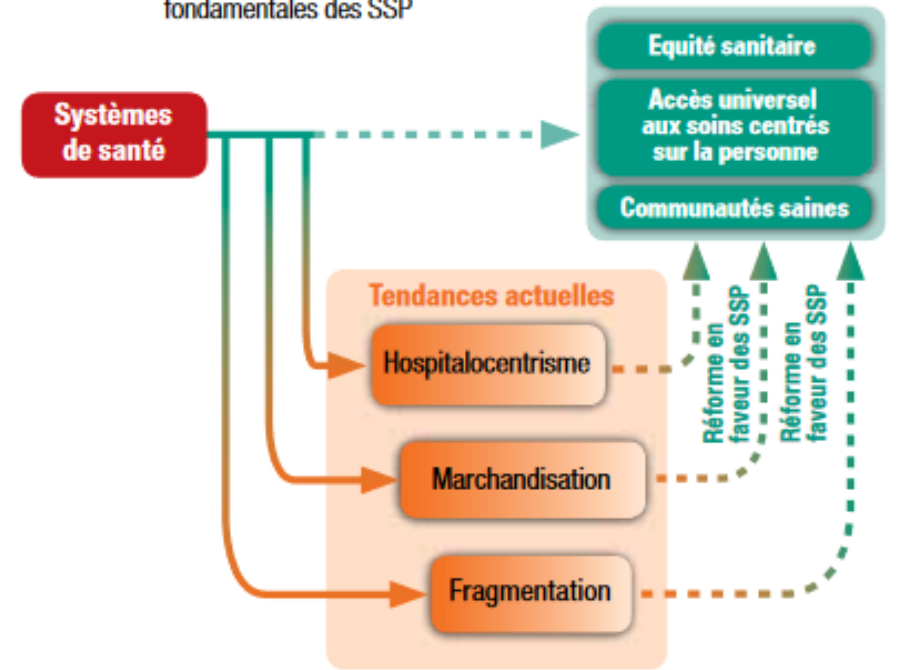
Si la différenciation (création de spécialités, de nouveaux profils de fonction) est indispensable

...l'intégration l'est tout autant



Organisational theory  
Mintzberg- Crozier

Figure 1.10 Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP



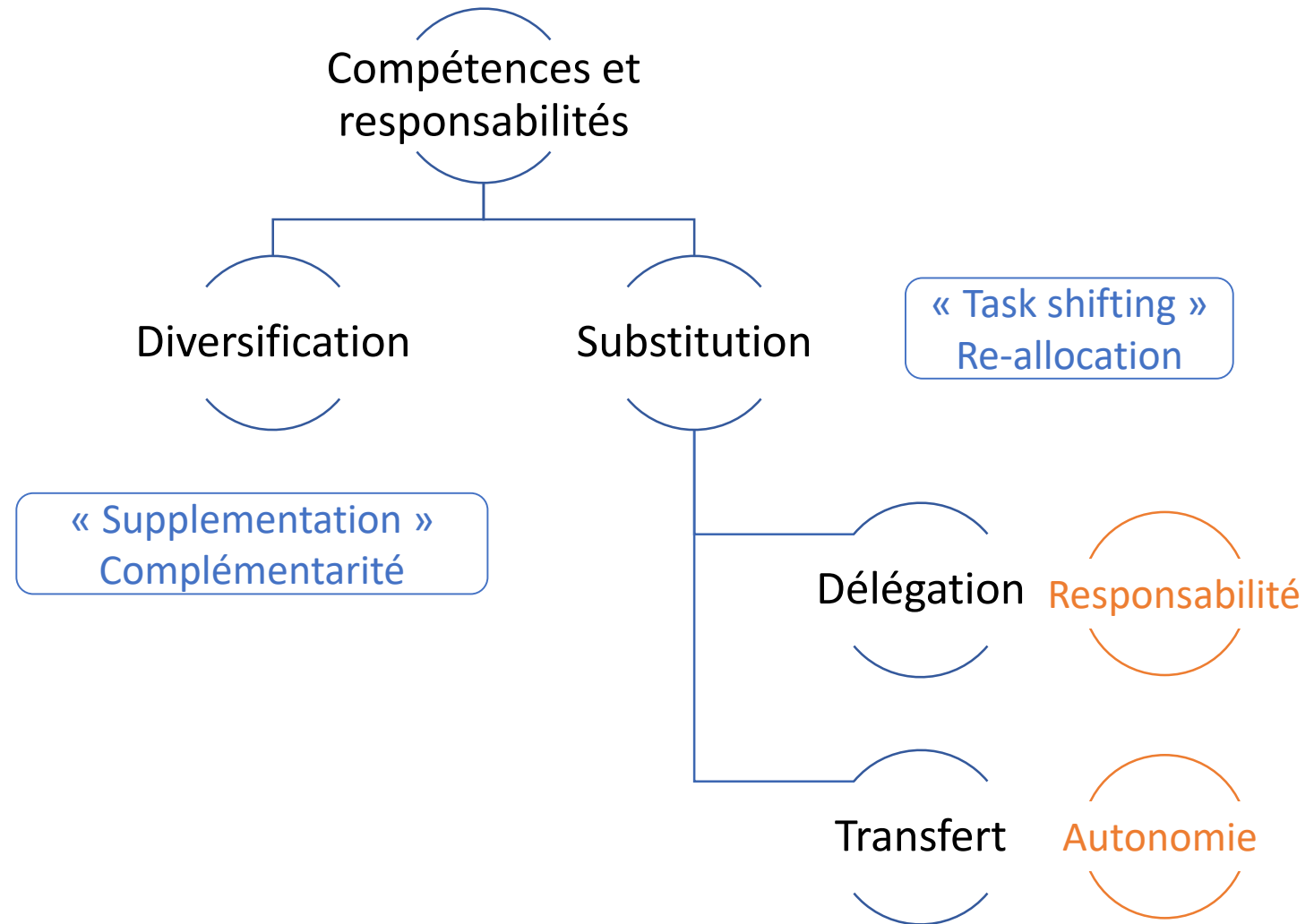
WHO-2008



# Typologies de reconfiguration

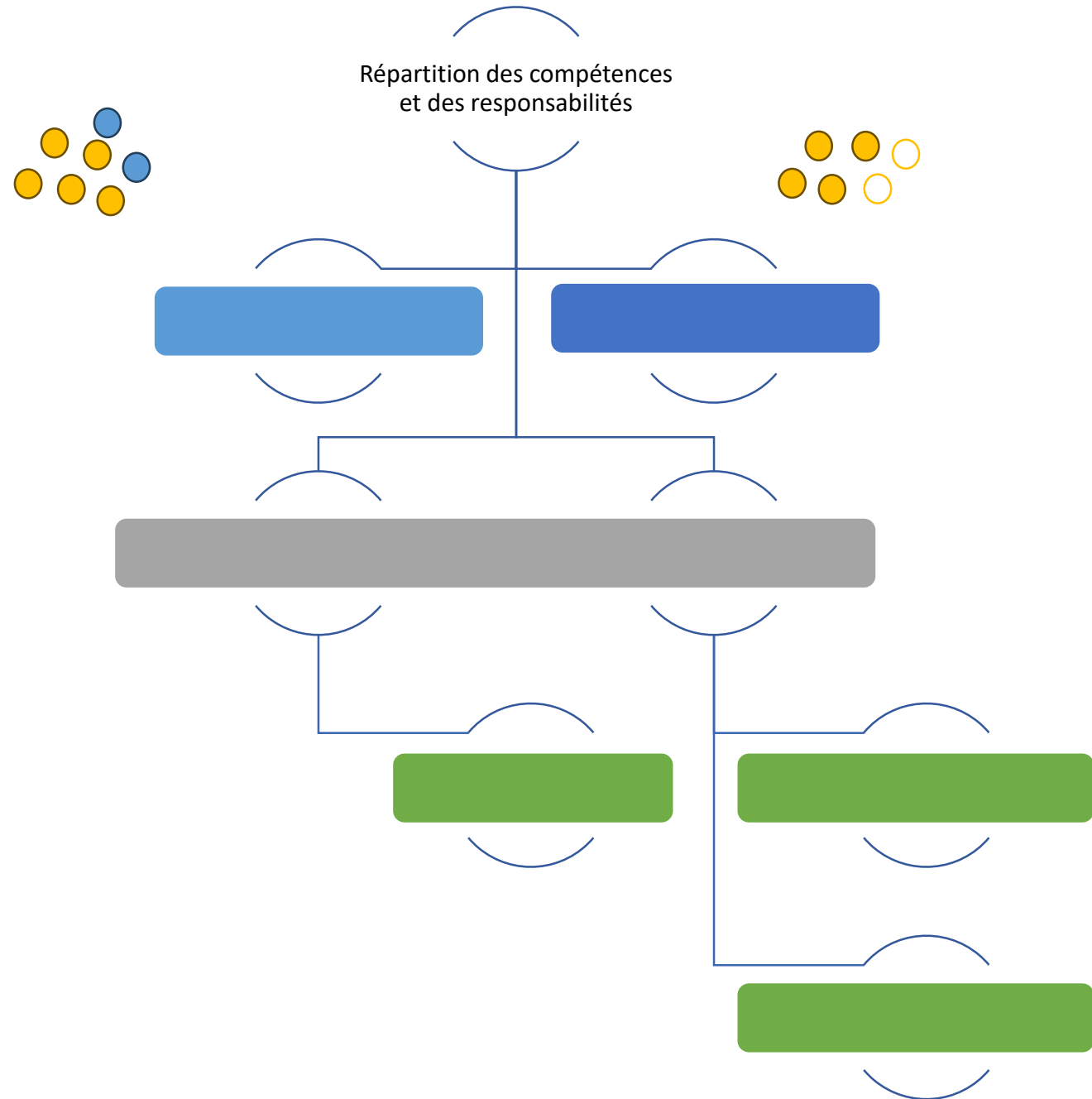
Terme générique: skill-mix

" un changement direct des aptitudes, des compétences, des attitudes, des rôles ou des tâches au sein des individus et des équipes et entre eux"



# Quelles formes peuvent prendre ces nouveaux rôles?

Proposition de synthèse





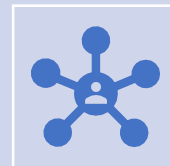
# Illustrations dans le contexte belge



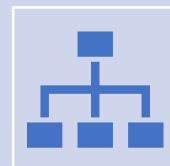
# De quel système de santé parlons-nous?



« Système bio-médical où le corps médical est le leader d'opinion et de valeur le plus influent »



« Modèle professionnel de contact »



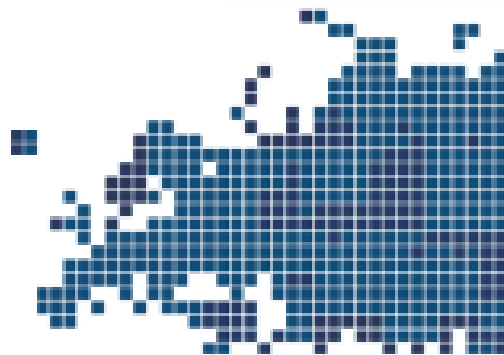
« Modèle professionnel libre non hiérarchique »

## Building primary care in a changing Europe

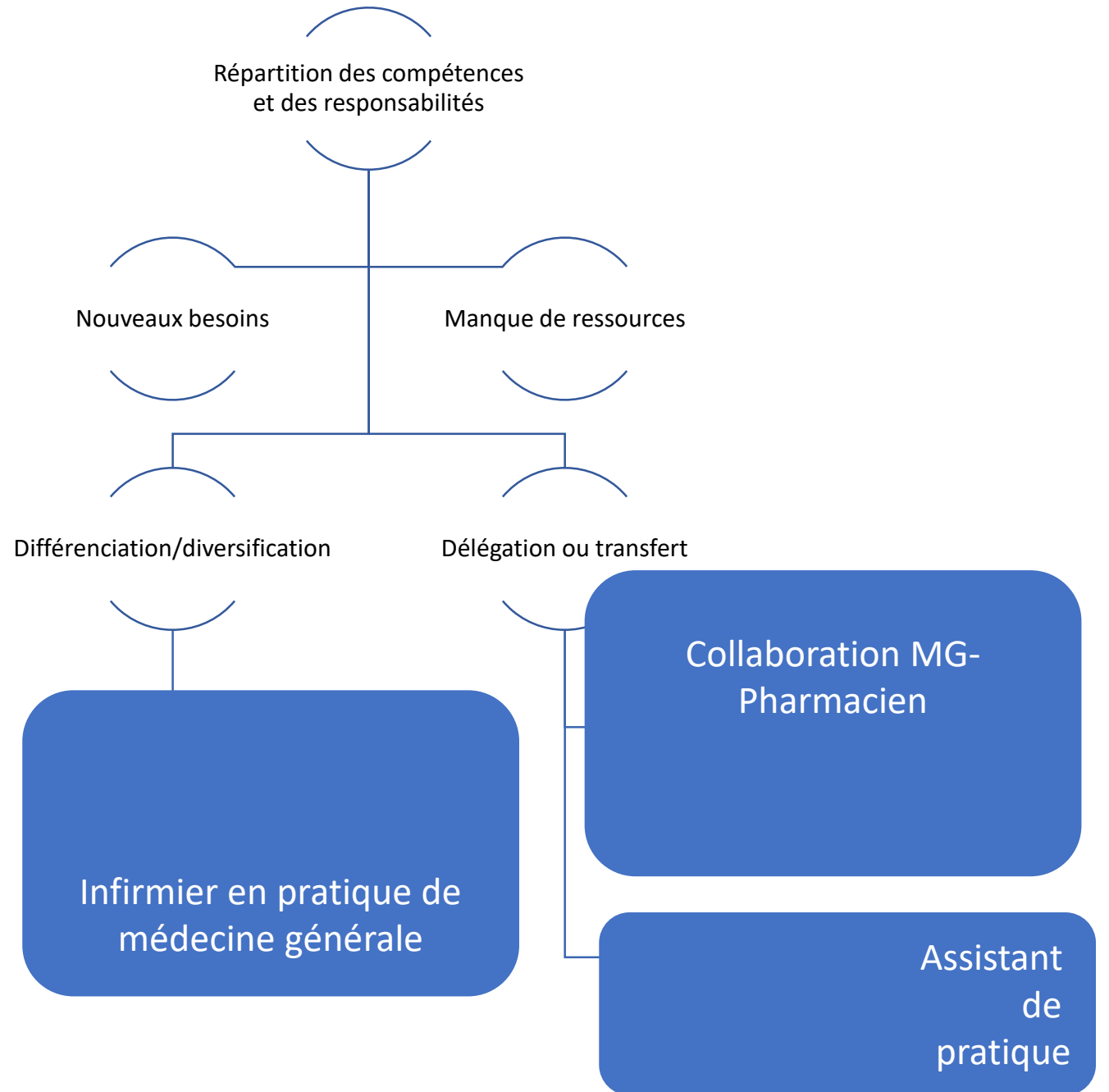
38

Quinquennale de la santé

Edited by  
Domenico S. Pringle  
Walter O. Al Mejjane  
Alan Hutchinson  
Richard B. Saltman



# Evolutions observées au niveau de la médecine générale belge



# 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

# Modèle de Reeves

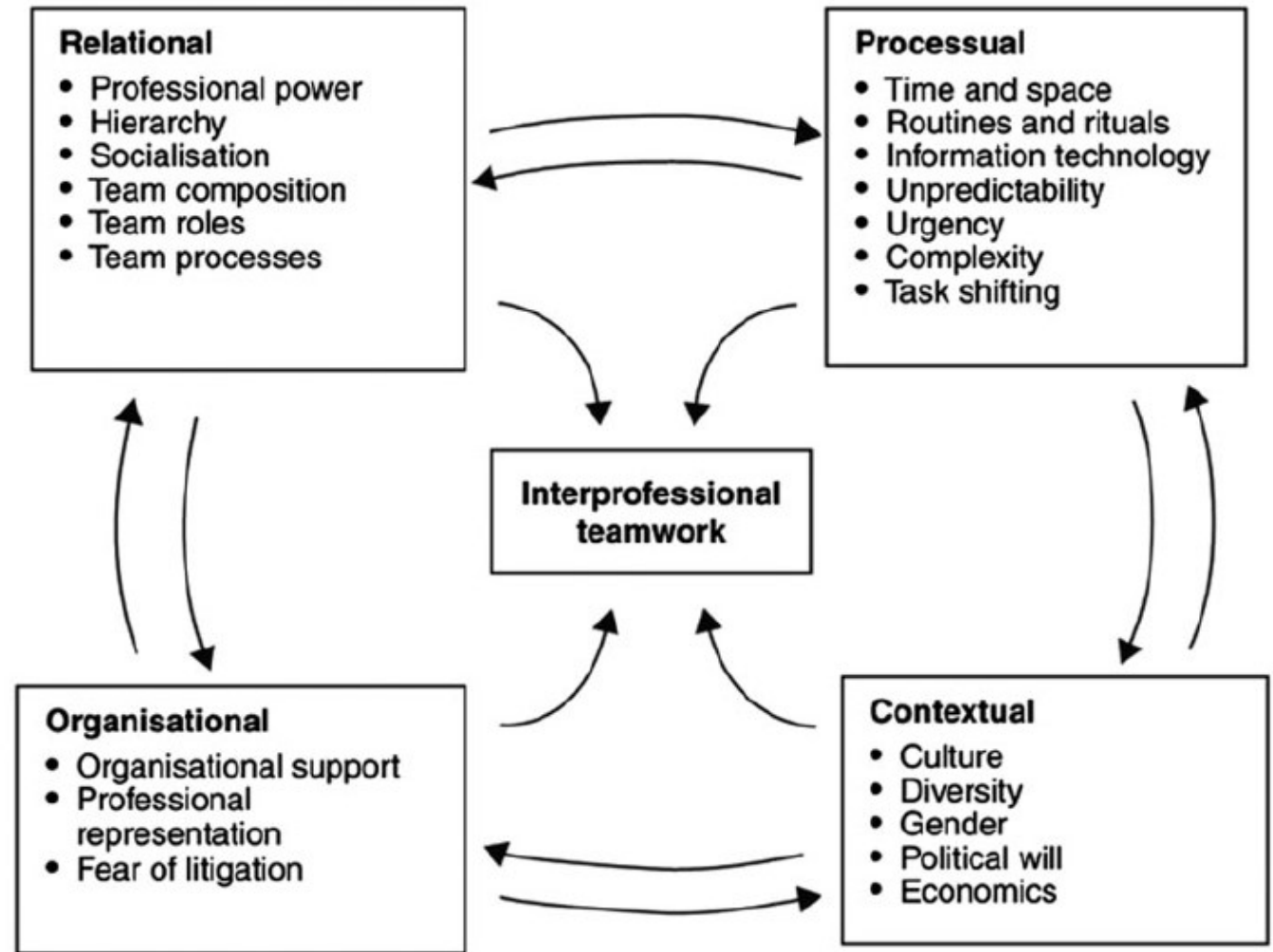


Figure 1. Reeves et al. (2010) Conceptual Framework for Interprofessional Teamwork.

	STRENGTHS	WEAKNESS
<i>Professional power</i>	Openness of GP	Lack of confidence from GP
<i>Hierarchy</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



# Collaboration médecin généraliste-infirmier

2022-2023

« NEWDEAL pour la médecine générale »



The screenshot shows the RIZIV website interface. At the top left is the RIZIV logo (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering). To the right are links for Contact, Pers, Agenda, Woordenlijst, and Nuttige sites. Below the logo is a search bar with the text 'Zoeken'. A horizontal navigation menu includes 'Onthaal', 'Thema's', 'Professionals', 'Nomenclatuur', 'Webtoepassingen', 'Publicaties', 'Statistieken', and 'RIZIV'. Below this is a breadcrumb trail: 'Onthaal > Professionals > Individuele zorgverleners > Arsen > Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk (New Deal)'. A light blue callout box on the left contains links for 'Zorgkundigen' and 'Audiciens'. The main content area displays the title 'Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk (New Deal)' with a printer icon to its right.

- Modalités d'intégration
  - Partage de patients et dossiers
  - Concertation
  - Protocoles de collaboration
- Moindre concurrence financière
  - Hors de la logique de l'acte/prestation
- Modalités de collaboration laissées libres
  - Pas nécessairement hiérarchique...?
- Descriptif des tâches
  - Pas de formation spécifique nécessaire
    - Pour l'instant?
    - Confiance et reconnaissance professionnelle?
  - Peu de concertation avec les représentants infirmiers
- Crainte sur la disponibilité réelle de professionnel infirmier
  - >< attrait car requalification de la profession

# Assistant de pratique

Profil de soutien orienté vers le médecin

Délégation

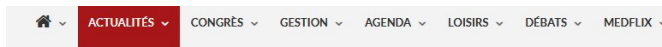


- Profil mixte
  - Secrétariat-accueil
  - Gestes médicaux simples
- Justification
  - Meilleure utilisation des compétences médicales/infirmières
    - Impact positif attendu sur la qualité des soins
  - Formation courte
    - Rapide et moins couteuse
  - Faible qualification nécessaire
    - Tremplin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

Nouveaux accords professionnels



- Réalisation d'activités cliniques par le pharmacien d'officine
  - Réconciliation médicamenteuse
  - Observance du traitement
  - Vaccination
  - Dépistage diabète
- Finalité:
  - Reconnaissance rôle clinique
  - Décharge du médecin
  - Offre accrue d'action de prévention

# 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**

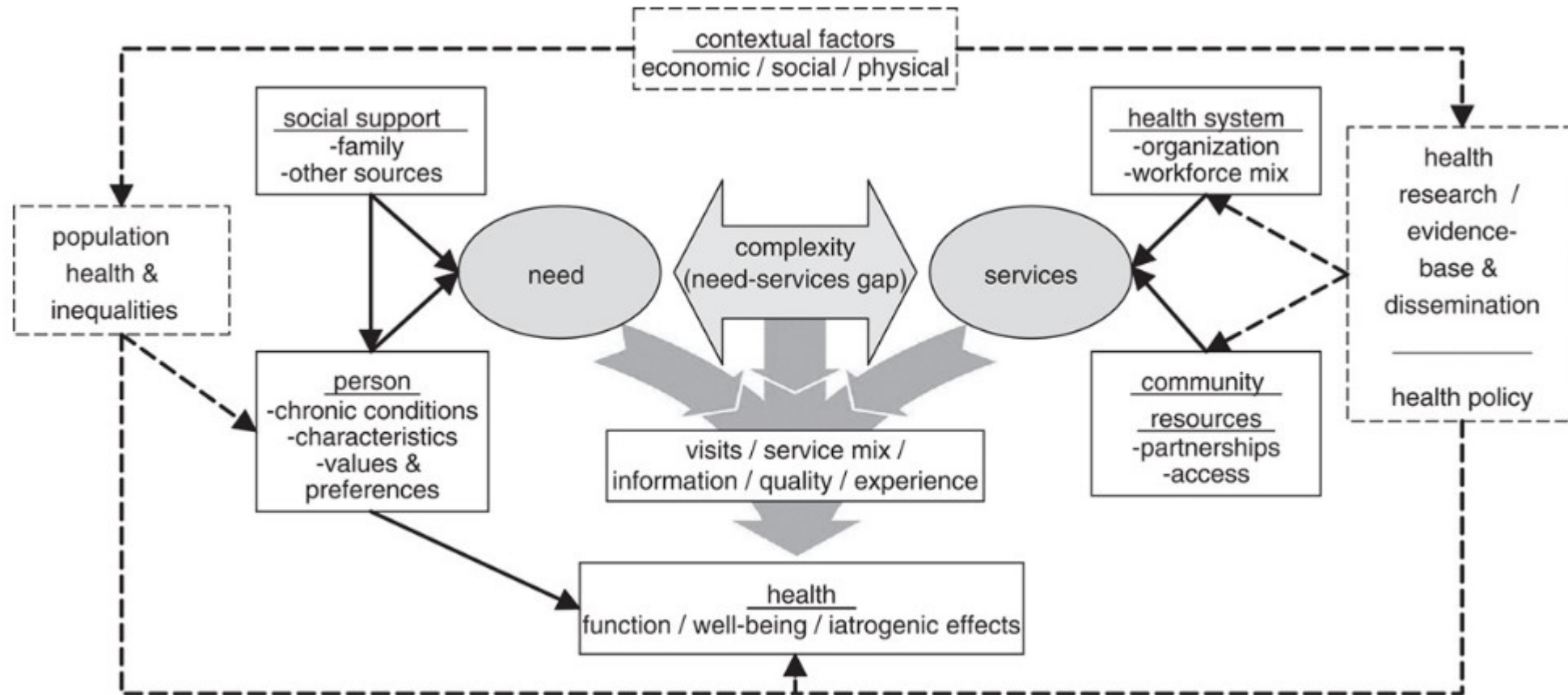
- Médecin & infirmier
- Infirmier & aide-soignant
- Médecin & pharmacien
- Médecin & kinésithérapeute
- Médecin & psychologue 1<sup>ère</sup> ligne



# Contexte et perspectives du Québec



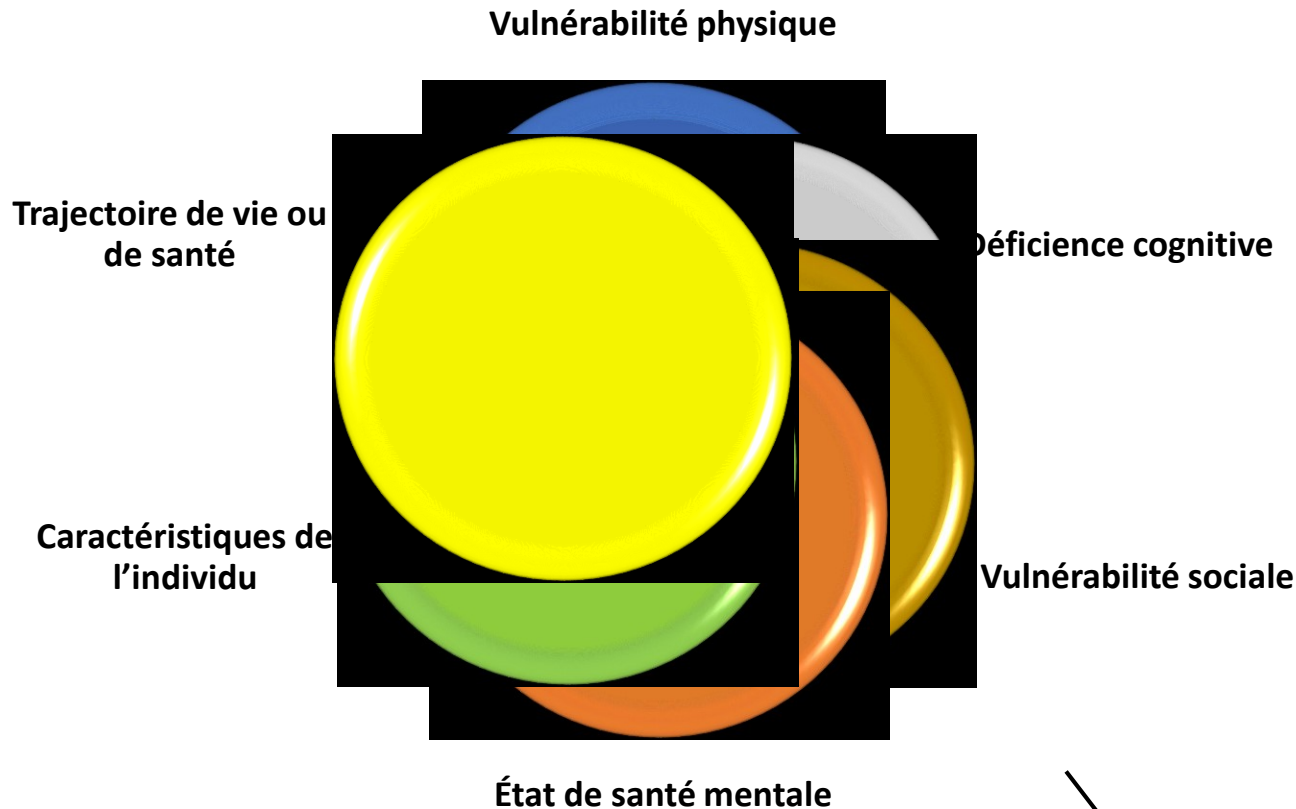
# La complexité dans les soins des patients vivant avec plusieurs maladies chroniques



A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions (Grembowski et al., 2014)



# Besoins complexes?



Maladie(s) chronique(s) Polypharmacie Déficiência fonctionnelle
Alzheimer, démence Troubles neurologiques
Manque de support social, solitude Manque de ressources financières Situation d'itinérance
Troubles mentaux courants Troubles mentaux sévères Abus de substance
Faible littératie de la santé Faible capacité d'auto-gestion Comportements négatifs de santé, faibles motivations Culture, ethnicité, croyances, préférences Âge avancé
Transition vers fin de vie/stade palliatif Transition médicale ou non médicale majeure

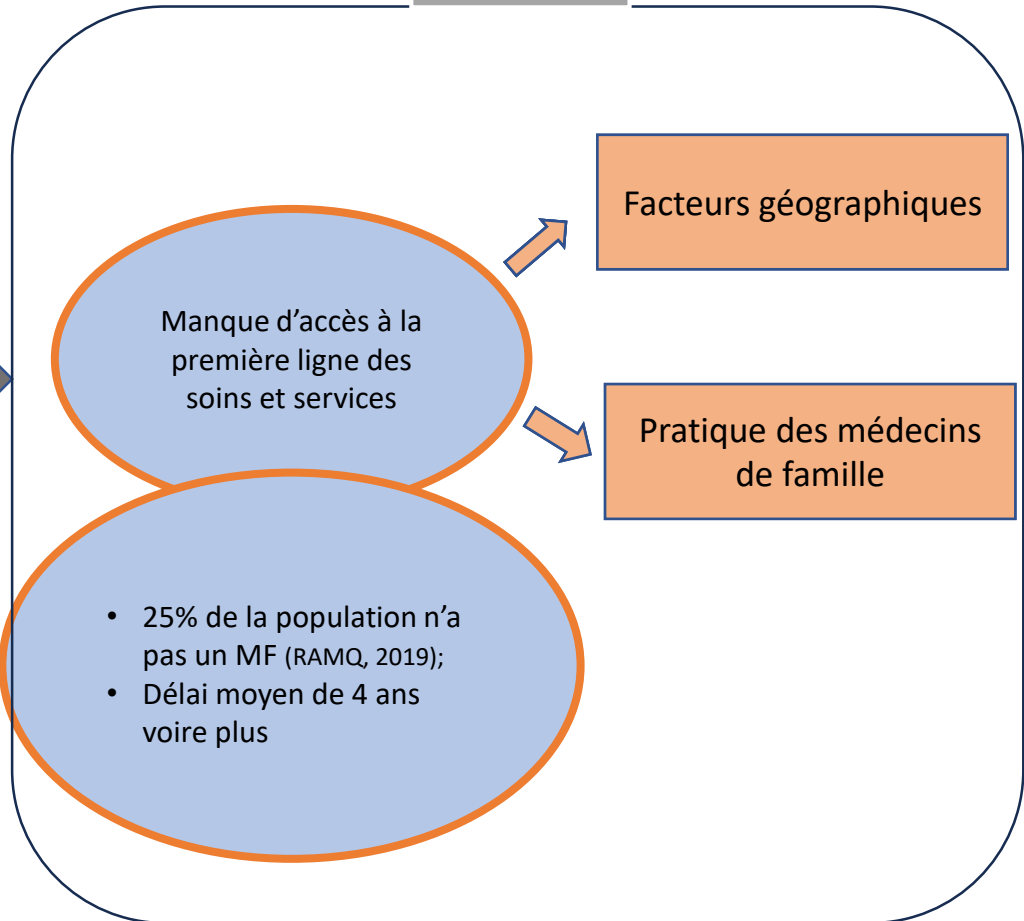
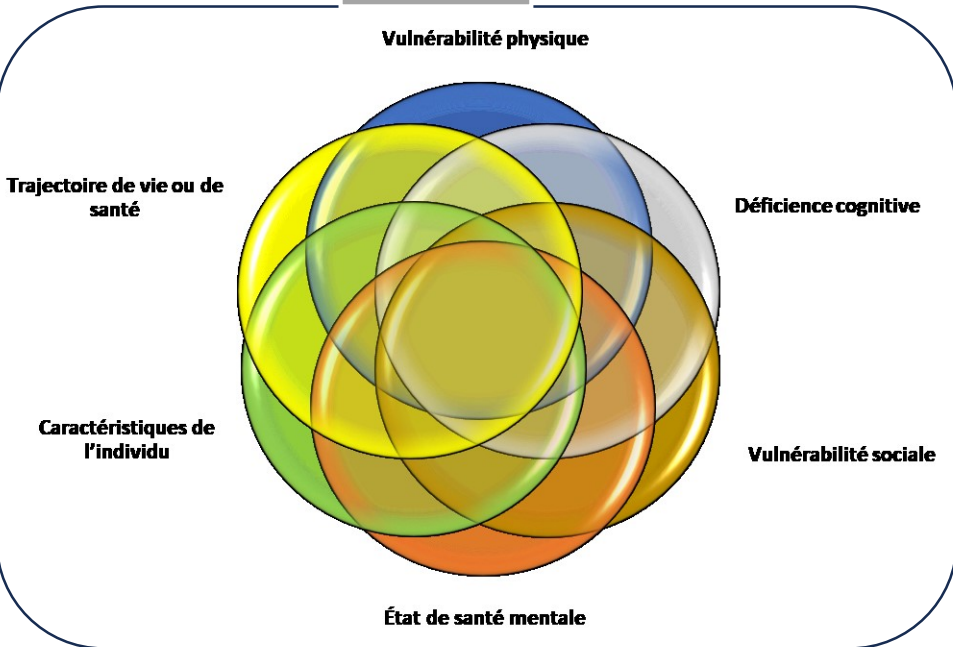
Pourraient devenir

Patients coûteux et utilisateurs fréquents des services de santé

# Éléments contextuels

## Besoins

## Services



- ✓ 19,7% de la population **âgés de 65 ans et plus** au 1er juillet 2020 (Gouvernement du Québec, 2020);
- ✓ Souffrent de **maladies chroniques**: HTA (38,4%); arthrite (43,2%); diabète (18%); maladies cardiaques (14,7%);
- ✓ 40,1% ont eu besoin de **visiter un médecin spécialiste** dans les 12 derniers mois;
- ✓ **324 299 nouveaux immigrants** en 2022 (ISQ, 2022);
- ✓ 17,7 % de la population n'avaient pas un revenu leur permettant de sortir de la **précarité** (Observatoire québécois des inégalités, 2023);
- ✓ **Population autochtone.**

# Facteurs géographiques



Nunavik: 507 000 km<sup>2</sup> et 13 188 habitants

Aucune liaison routière entre le Nord et le Québec

9h30 en avion



# Pratique des Médecins de famille

## L'implication des médecins de famille auprès des malades hospitalisés

Un document de discussion préparé par  
Le Collège des médecins de famille du Canada

Octobre 2003

Traditionnellement, les MF de toutes les régions du Canada ont joué un rôle actif dans la prise en charge de leurs patients hospitalisés. On observe toutefois une inquiétude croissante entourant la diminution du nombre des MF impliqués dans les soins hospitaliers. Cette situation a été rapportée dans les médias<sup>7,8,9,10</sup>. Le document de réflexion du Collège ontarien des médecins de famille, *Where Have All the Doctors Gone*<sup>11</sup>, décrit la situation en Ontario et les options pour renverser cette tendance. L'Association médicale de l'Ontario (AMO) a mis sur pied un comité consultatif pour explorer ce problème et, en 2001, l'AMO et le gouvernement de l'Ontario ont mis en application un plan spécial de rémunération alternative pour la prestation de services de garde à l'hôpital, y compris les services dispensés par les MF. De plus, le *Réseau Santé familiale de l'Ontario (RSFO)*<sup>12</sup> offre des incitatifs financiers à ceux qui conservent la responsabilité intrahospitalière. Ce document de discussion examine en profondeur le rôle du médecin de famille dans les soins intrahospitaliers, l'évolution de ce rôle et les sentiments des membres de la communauté des médecins de famille concernant le développement de ce rôle. Au Canada, les médecins de famille (MF) constituent le premier point d'accès au système de soins de première ligne. Ils jouent un rôle essentiel dans le maintien de la continuité et de la coordination des soins. Les principes de la médecine familiale sont centrés sur la relation médecin-patient, sur les habiletés des médecins de famille compétents à dispenser des soins continus et sur la ressource qu'ils constituent pour leurs patients et la communauté. Lorsque les malades sont hospitalisés et reçoivent leur congé, ces principes s'appliquent. Le MF doit s'assurer que les soins nécessités par l'état de son malade soient déjà identifiés avant son hospitalisation, que les soins intrahospitaliers quotidiens soient dispensés, que les consultations et les demandes pour d'autres services pendant l'hospitalisation soient effectuées et que le plan de traitement défini soit appliqué après le congé de l'hôpital.

13,8 MF/10 000 habitants (Montréal) en 2023  
(Institut de la statistique du Québec, 2023)

12 à 13 MF/10 000 habitants (Bruxelles et RW)  
en 2021 (SPF santé publique, 2023)

La pratique hospitalière des MF constitue 38%  
de leur temps de travail.

### Recommandations:

#### 2. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :

- A. Tous les hôpitaux, dans leur attribution de privilèges, devraient disposer de critères qui reconnaissent et soutiennent le rôle du médecin de famille dans la prestation des soins à ses malades hospitalisés.
- B. On devrait permettre et encourager les médecins de famille à demander des privilèges de membre du personnel médical de tout hôpital dans leur communauté, ce qui leur permettra de jouer un rôle approprié dans la prestation des soins à leurs patients hospitalisés.
- C. Les médecins de famille devraient être représentés dans l'élaboration des politiques hospitalières qui affectent leurs patients.

# Face à la complexité

Besoins

Services

Vulnérabilité physique

Déficience cognitive

Vulnérabilité sociale

Trajectoire de vie ou de santé

Caractéristiques de l'individu

État de santé mentale

Complexité

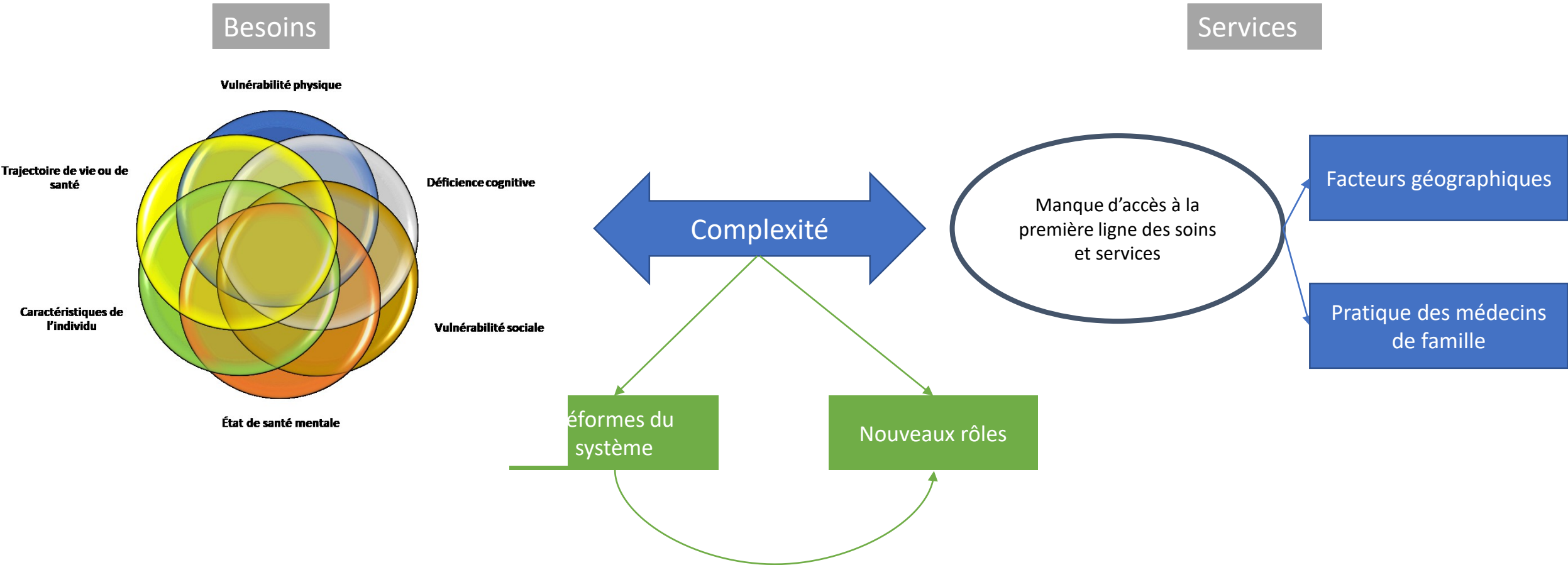
Manque d'accès à la première ligne des soins et services

Facteurs géographiques

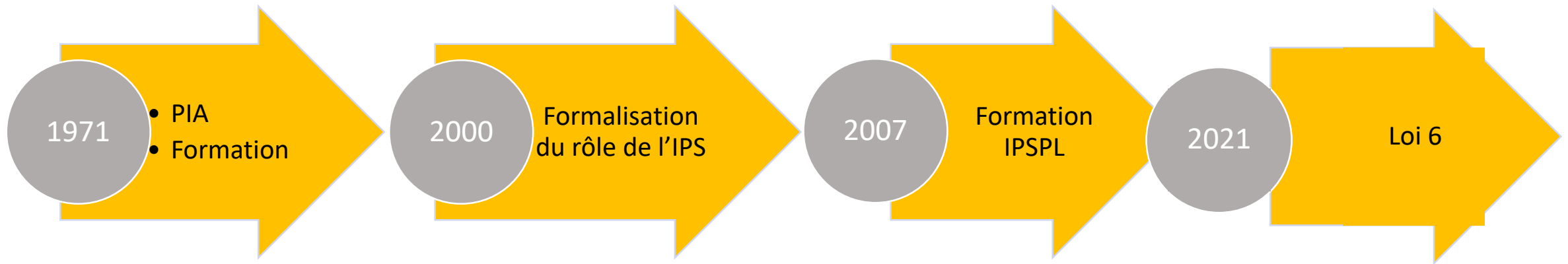
Pratique des médecins de famille

Réformes du système

Nouveaux rôles



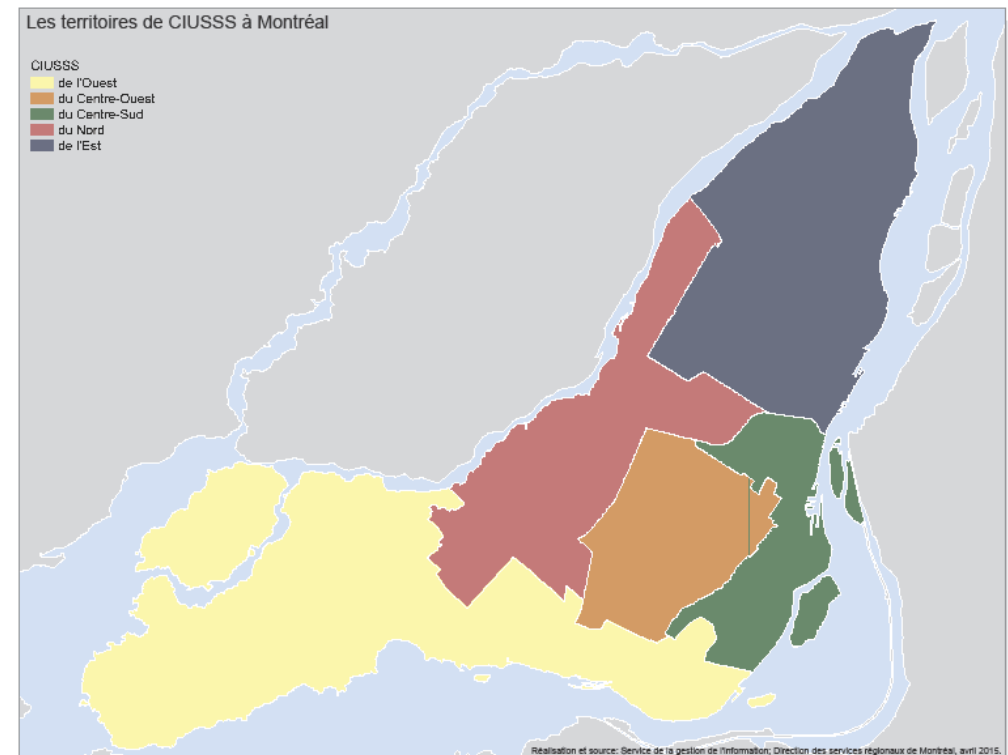
# Implantation du rôle des IPS pour favoriser l'accès aux soins à la population du Nord du Québec



# Réforme du système de santé et services sociaux (2015)

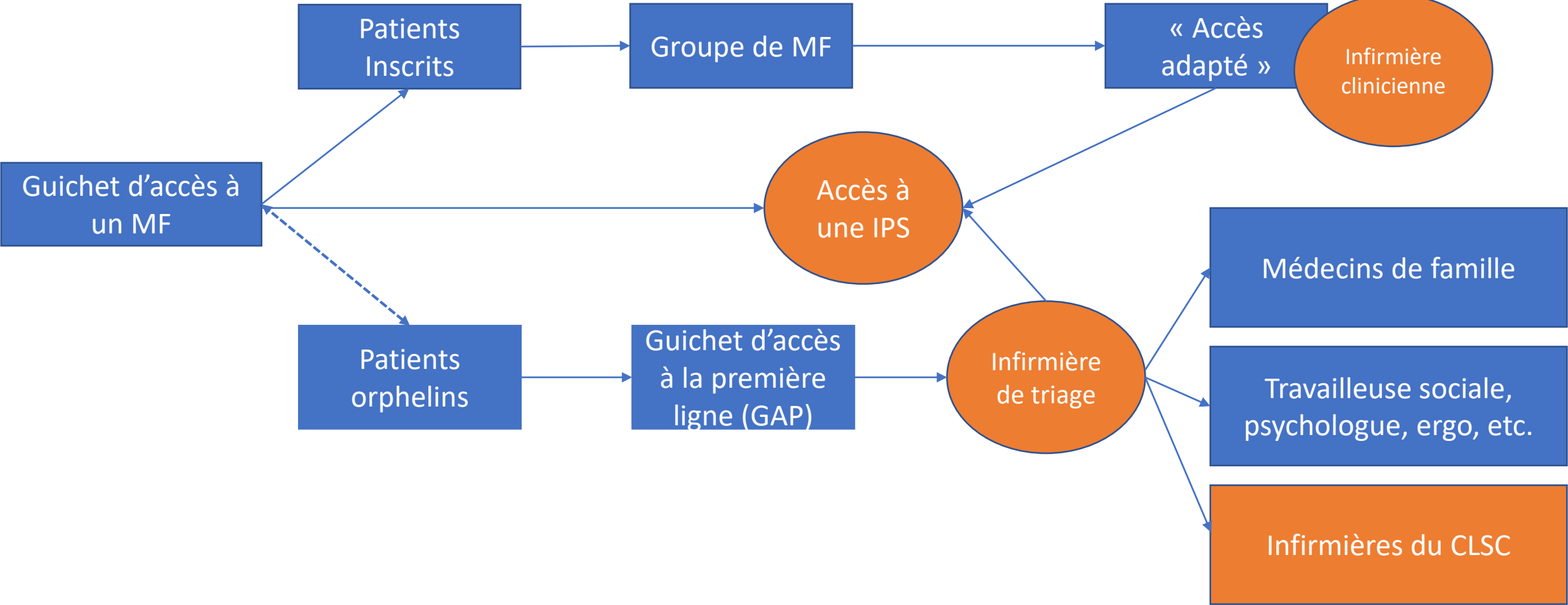
- Objectifs:
  - ✓ Favoriser la continuité et la coordination des soins au sein d'un CISSS/CIUSSS
  - ✓ Favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population de son territoire.
- Fusion des établissements publics de santé et de services sociaux;



Pour chaque région socio-sanitaire, un Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (13 CISSS/ 9 CIUSSS)



# Accès à la première ligne

Réduire les délais  
d'attente pour  
les plus  
vulnérables

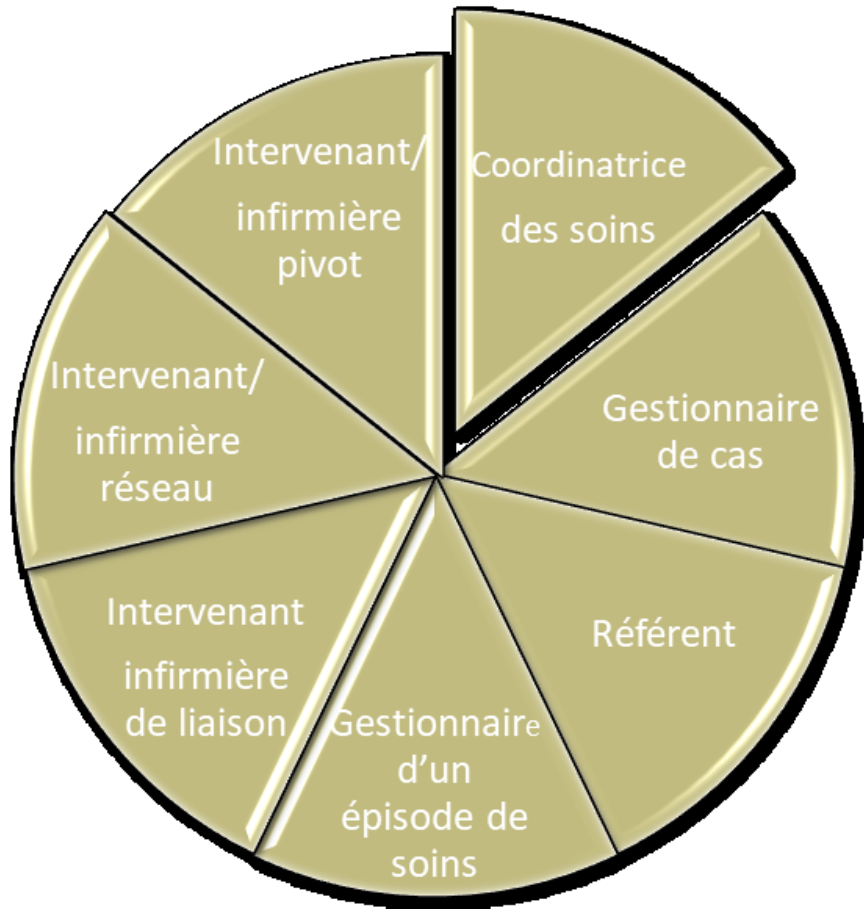


  Nouveaux rôles:  
diversification + délégation



# Autre nouveau rôle en première ligne: la coordination des soins et services

## Fonctions de coordination des soins



## Besoin d'aide à la navigation dans un système complexe

- Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés; (infirmière pivot)
- Survivants du cancer; (infirmière pivot)
- Utilisateurs fréquents des services de santé; (gestionnaire de cas)
- Personnes âgées aux urgences pouvant bénéficier d'un retour à domicile (infirmière de liaison/intervenante du réseau)

# Défis et enjeux des nouveaux rôles?

« *Care coordination means different things to different people* » (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014);

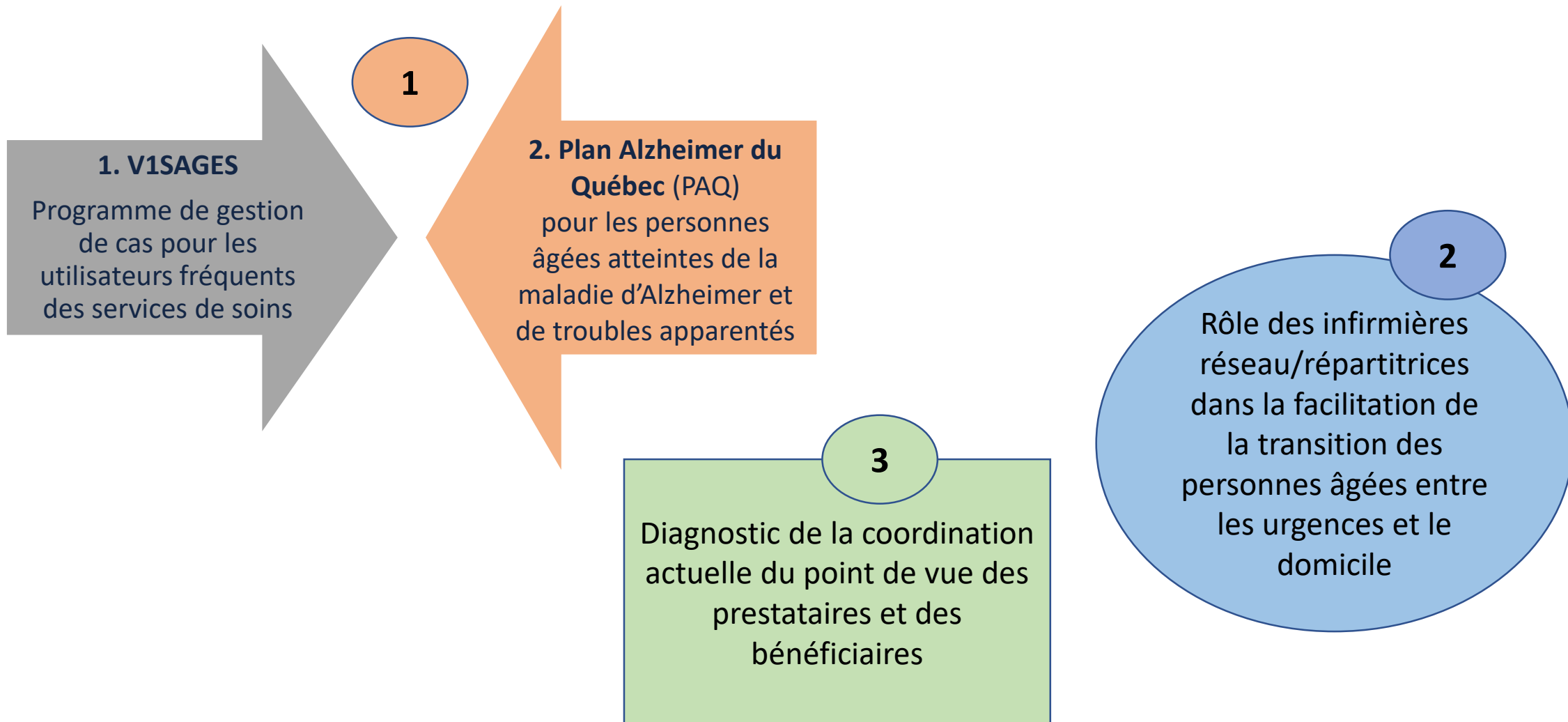
La coordination s'effectue de façon variable entre services et établissements;

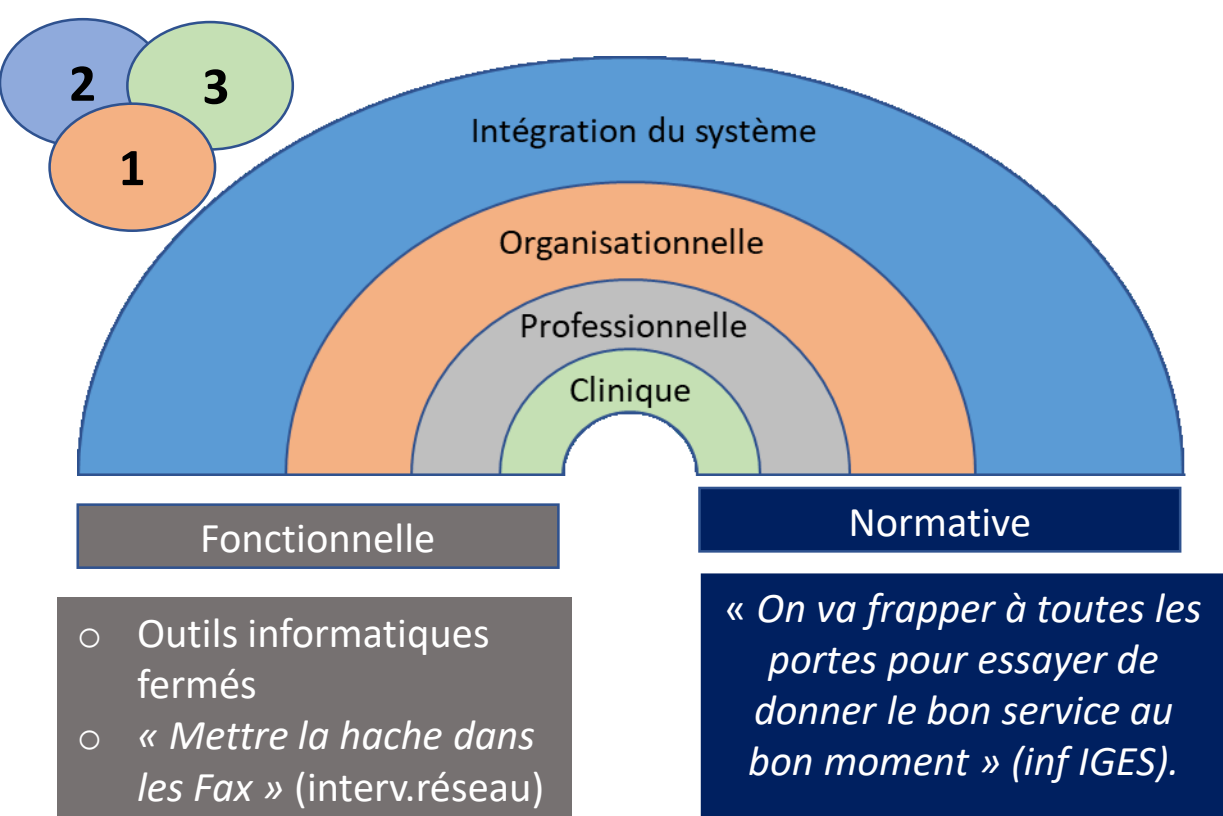
Les programmes de coordination varient largement en termes de structure, de descriptif de fonction, d'autonomie de l'infirmière;

Savoir expérientiel, transmis par leur mentor ou leur supérieur hiérarchique.



# Défis et enjeux du rôle de coordination ?





- Normes ministérielles en matière de retour à domicile précoce: « on veut sortir le patient coûte que coûte » (inf de liaison)
- Directive d'éviter de relocaliser les patients à partir de l'hôpital: pression pour le retour à domicile
- Iniquité d'accès aux soins en fonction de son lieu de domicile

- Complexité des besoins et instabilité
- Manque de préparation et d'appui constant (par exemple face aux troubles de la santé mentale)

- Manque de clarté du rôle et chevauchement avec celui des travailleuses sociales
- Personnel démotivé par la charge de travail

- SIAD: soins intensifs à domicile: « ils sont très très sélectifs, mais quand ils prennent en charge un patient, là c'est vraiment aidant » (inf pivot SAD)
- Difficulté d'identifier l'interlocuteur à l'extérieur du CISSS et de trouver ses coordonnées de contact
- Une pression élevée pour les congés précoces, mais:
  - Maque de places disponibles en aval de l'hôpital, en hébergement. « en plus, il n'y a pas d'entre deux » (inf pivot)
  - Délais d'attente trop longs pour mettre en place des services de SAD.

# Panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec :

*Point de vue des citoyens sur l'avenir  
des soins de première ligne au  
Canada*

*Rapport final*  
novembre 2023

- Quelles sont les attentes des Québécoises et Québécois envers le système de soins de première ligne?
- Quels aspects d'un système de soins de première ligne de haute qualité devraient être prioritaires compte tenu de vos attentes?
- Comment mieux soigner les clientèles en quête d'équité et réduire les écarts d'accès aux soins?

### Recommandations :

Donner **accès aux informations médicales**, incluant le dossier médical personnel, afin d'améliorer la collaboration avec l'équipe soignante.

Veiller à ce que les patientes et patients aient la possibilité d'accéder à leur dossier médical personnel, afin d'améliorer la collaboration avec leur équipe soignante;

Développer des outils de vulgarisation sur le fonctionnement du système, sur les services disponibles et sur les droits des usagères et usagers;

### Recommandations :

Réduire le temps des cliniciennes et cliniciens consacré aux tâches administratives à faible valeur, pour **libérer du temps pour les tâches cliniques, la formation continue et l'amélioration de la qualité des soins et services.**

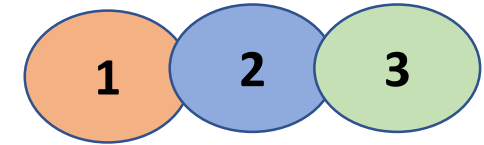
Donner **plus d'autonomie aux professionnels et professionnelles de la santé** autres que les médecins pour faciliter l'accès aux soins et services.

### Recommandations :

Favoriser **la collaboration interdisciplinaire pour assurer la continuité de soins** de qualité et en temps opportun.

Fournir de la formation continue aux travailleuses et travailleurs de la santé pour prévenir les discriminations.

# Défis et facilitateurs transversaux



- Trouver un modèle de pratique qui concilie efficacité et efficience (gestion de cas à temps partiel ?)
- Clarté du rôle de la première ligne: MF qui n'étaient pas convaincus que la gestion de l'Alzheimer était du ressort de la 1<sup>ème</sup> ligne
- Le besoin de réfléchir à tout le continuum de soins dans la conception pour ne pas créer plus de fragmentation « *You can integrate some of the services for all people, or all of the services for some people, but you cannot integrate all the services for all of the people*” (Leutz, 1999)
- Penser la pérennisation dès la conception !
- Facilitation de l'innovation par un champion: leader du changement organisationnel
- La présence d'un terrain fertile à la collaboration interprofessionnelle et/ou interorganisationnelle



## Points de discussion





# #1

- Réponse à la complexité: différenciation et délégation
  - Et si on était occupés à créer plus de fragmentation ?
  - Comment pense t on l'intégration?
  - Comment anticipe t on les défis de collaboration intra professionnelle?
  - Comment pourrait on apprendre des expériences québécoises?

## Actualités

---

Québec : Les « super infirmières » obtiennent leur autonomie

Publié le 9 mai 2019



le journal de québec

» ACTUALITÉS » SANTÉ

## Nouveaux pouvoirs des super infirmières: fin de la prime aux médecins?

L'incertitude plane sur les 30 000 \$ accordés aux médecins de famille pour superviser les super infirmières

# #2

- Dans le cadre de la substitution
  - Perception de "déqualification" pour certaines professions
  - "Re-qualification" pour d'autres
    - uniquement symbolique?
  - Processus de concertation et de communication avec les parties prenants
  - Au-delà d'une démarche de réduction des coûts?
  - Vers une requalification globale de la 1ère ligne de soins?

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.

