

Faculté de médecine
Master complémentaire en médecine générale

Travail de Fin d'Études

Année académique 2020-2021

*Étude mixte sur l'intérêt de l'aide à la
consultation : le partage des tâches, la relation
médecin-infirmier et le pratique infirmière avancée
en Médecine Générale*

Dr Nicolas HERMANT

Promoteur : Dr Ibrahim LASSOUED

*« Se réunir est un début ;
rester ensemble est un progrès ;
travailler ensemble est la réussite »*

Henry Ford
Homme d'affaire, Industriel (1863 – 1947)

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, notamment tous les médecins généralistes ayant accepté de répondre à mes questions et ceux m'ayant laissé des remarques constructives pour l'élaboration de ce travail.

À toute l'équipe du Centre Médical du Sart Allet, au Dr Ibrahim Lassoued et à Mme Aurélie Dogot, merci de m'avoir suivi et poussé vers ce sujet et de m'avoir aidé à en comprendre les tenants et les aboutissants sur le terrain.

Je remercie également toutes les infirmières et infirmiers que j'ai interrogées au cours de l'élaboration de ce travail, de manière plus ou moins formelle, et particulièrement aux infirmières de la maison de repos du Sart Allet et à Marie, ma soeur.

Merci à Mme Annick Genette, professeur de statistique à la Haute École Louvain en Hainaut, pour ses précieux conseils et recommandations nécessaires à mon étude statistique et pour le temps précieux qu'elle a accepté de m'accorder.

Merci également à Mme Fabienne Fournier d'avoir accepté de relire ce travail et de me donner son ressenti (petite pensée également à Pierre Fournier qui reste dans nos cœurs).

Je remercie tout particulièrement mes parents pour leur écoute attentive et leurs précieux conseils. Merci de m'avoir accompagné depuis le début et d'avoir accepté de relire de nombreuses fois ce travail.

Dr Lefèvre, Chiara, je te remercie également pour ta participation active, pour avoir écouté mes doléances et m'avoir aidé à mieux me structurer, à mieux appréhender ce travail et à avancer toujours plus loin.

Enfin, à toi David, pour m'avoir soutenu, pour m'avoir coaché, pour m'avoir poussé en avant toujours plus loin, pour m'avoir prêté tes locaux, et sans qui ce travail ne serait qu'un pâle reflet de ce qu'il est aujourd'hui.

Abstract

Introduction : L'augmentation de la demande de soins et la pénurie de médecins en Belgique poussent la première ligne de soins à devoir se réinventer et à trouver des solutions pour pallier à ces manques. Les exemples internationaux et le développement de la collaboration entre médecins et infirmiers, notamment via la pratique infirmière avancée, sont autant de pistes de réflexion pour le futur de la pratique médicale belge.

Méthodologie : La collaboration entre médecins et infirmiers et le partage des tâches a été évaluée dans cette étude chez les médecins généralistes belges francophones par le biais d'un questionnaire anonyme évaluant l'intérêt du partage de tâches et de leurs craintes face au développement de cette pratique.

Résultats : 189 médecins et assistants ont répondu au questionnaire, montrant un intérêt certain pour le partage des tâches. Les médecins préfèrent déléguer ou transférer des aspects techniques, préventifs et d'éducation du patient plutôt que des tâches de prescription et de consultation. 87,3% des médecins y voient au moins un avantage (le temps et une prise en charge plus globale principalement cités) et 81,48% y voient au moins un inconvénient (la difficulté d'organisation et l'impact financier principalement cités). 37,57% des médecins ont exprimé des craintes face au développement du partage des tâches, liées au changement de statut du médecin généraliste et la dévalorisation de la pratique.

Discussion : L'exemple des pratiques étrangères et les résultats de cette enquête sont en faveur de l'aide à la consultation, mais les médecins expriment des craintes et des limites qui devront être surmontées. Le développement de l'aide à la consultation et de la pratique infirmière avancée en Belgique devra se faire progressivement et devra répondre à une demande locale, tout n'étant pas applicable partout. Leur instauration étant inéluctable en Belgique, des études complémentaires plus poussées devraient être réalisées afin de déterminer la nature et les limites de cette pratique avancée.

Mots-clés : médecin, médecin généraliste, infirmier, infirmier praticien, première ligne de soin, partage de tâches, pratique infirmière avancée, substitution.

Introduction: The increase in the demand for care and the shortage of doctors in Belgium is pushing the first line of care to have to reinvent itself and find solutions to overcome these lacks. The international examples and the development of collaboration between doctors and nurses, in particular through advanced nursing practice, are all line of thought for the future of Belgian medical practice.

Methodology: Collaboration between doctors and nurses and task sharing were evaluated among French-speaking Belgian general practitioners through an anonymous questionnaire assessing the interest of these doctors in task sharing and their fears about the development of this practice.

Results: 189 doctors and assistants responded to the questionnaire, showing a clear interest in task sharing. Doctors preferred to delegate or transfer technical, preventive and educational aspects rather than prescription and consultation tasks. 87.3% of physicians see at least one advantage (the time and more comprehensive care mainly mentioned) and 81.48% see at least one drawback (the difficulty of organization and the financial impact mainly mentioned). 37.57% of doctors expressed fears about the development of task sharing, linked to the change in the status of general practitioner and the depreciation of the practice.

Discussion: The example of foreign practices and the results of this survey are in favor of consultation support, but doctors express fears and limitations that will need to be overcome. The development of consultation support and advanced nursing practice in Belgium will have to be done gradually and will have to respond to a local demand, everything isn't being applicable everywhere. As their introduction is inevitable in Belgium, further additional studies should be carried out in order to determine the nature and limits of this advanced practice.

Keywords: doctor, general practitioner, nurse, nurse practitioner, primary care, skill-mix, advanced nursing, substitution.

INDEXATION : QS11, QS31, QS33, QS41, QS42, QR33

Liste des abréviations et définition des mots-clés

1. Abréviations

AR : Arrêté Royal

CCR : Cancer colo-rectal

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CII : Conseil International des Infirmières

DMG : Dossier Médical Global

EBM : Evidence Based Medicine

ECG : Électrocardiogramme

EPSC : Enseignement Professionnel
Secondaire Complémentaire

FAGC : Fédération des Associations des
médecins Généralistes de Charleroi

FMM : Fédération des Maisons Médicales

GEIMG : Groupe d'Éthique
Interuniversitaire pour la Médecine
Générale

GLEM : Groupe Local d'Évaluation
Médicale

ICS : Infirmier Clinicien Spécialisé

INAMI : Institut national d'assurance
maladie-invalidité

IP : Infirmière Praticienne

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des
Soins de Santé

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la naissance et de
l'enfance

SLR : Séminaires Loco-Régionaux

SPF : Service Public Fédéral

SSMG : Société Scientifique de Médecine
Générale

2. Définitions des mots-clés

MÉDECINE : Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités (Larousse, 2021).

SOINS INFIRMIERS : selon le Conseil international des infirmières (CII), ils englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués à tous les individus, malades ou en bonne santé, et comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie, la défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation.

PREMIÈRE LIGNE DE SOINS : représente les soins prodigués par les organisations de médecine de proximité, comprenant les médecins généralistes ainsi que le personnel paramédical (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, ...). Les soins se caractérisent par une approche globale et universelle, avec des objectifs axés sur la personne dans le cadre d'un partenariat durable avec le patient (1).

DEUXIÈME LIGNE DE SOINS : en opposition, représente les soins prodigués par des médecins spécialistes ou des soins prodigués en milieu hospitalier.

MAISON MÉDICALE : une équipe pluridisciplinaire prodiguant des soins de première ligne (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, accueillants, assistants sociaux, psychologues ...) destinée à l'ensemble de la population locale et mettent en valeur le réseau local et la participation communautaire. Leur rémunération se fait à l'acte ou au forfait (2).

PAIEMENT À L'ACTE : le patient paie le montant de rémunération selon les tarifs fixés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) (2).

PAIEMENT AU FORFAIT : le patient ne paie pas les soins couverts par le forfait au sein du cabinet médical (médecin généraliste et/ou infirmiers et kinésithérapeutes), qui est une somme versée tous les mois par la mutuelle au cabinet pour chaque patient inscrit (2).

AIDE À LA CONSULTATION : représente dans ce travail, l'aide qui peut être fournie à tous les stades de la consultation par un infirmier au sein d'un cabinet de médecine générale.

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE (= Advanced Nursing) : selon le Conseil International des Infirmières, il s'agit d'une « *infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques*

sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée » (3).

INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE = IPA : infirmier formé à l'art de la pratique infirmière avancée, habituellement obtention d'un master en sciences infirmières nécessaire. Il existe deux catégories d'IPA : les ICS (= Infirmiers Cliniciens Spécialisés) exerçant en milieu hospitalier et les IP (Infirmiers Praticiens) exerçant en première ligne de soins. Dans ce travail nous parlerons exclusivement des IP.

INFIRMIER PRATICIEN = IP (= Nurse practitioner = NP) : correspond aux infirmiers exerçant la pratique infirmière avancée dans des centres de soins de santé primaire dans le but « d'évaluer, diagnostiquer et gérer les patients et les populations requérant des soins actifs, mais dispensant également des soins continus aux populations atteintes de maladies chroniques » (4) en intégrant des compétences à la fois infirmières et médicales.

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE ÉTABLIE : pratique dans laquelle les infirmiers sont autorisés à réaliser les 7 activités cliniques suivantes : prescriptions de médicaments, diagnostic médical et évaluation de l'état de santé, prescription d'examens complémentaires, décisions sur le traitement, patientèle définie, autorisés à référer des patients, premier point de contact des patients (5) (**Annexe I, Tableau 4**).

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE ÉMERGENTE : sont repris dans cette rubrique les pays ne possédant au moins une (mais pas toutes) des pratiques avancées citées ci-dessus (5) (**Annexe I, Tableau 4**)

DIAGNOSTIC INFIRMIER : processus intellectuel réalisé auprès du patient se caractérisant par un « jugement clinique sur une réaction humaine aux problèmes de santé/processus de vie, ou une vulnérabilité à cette réaction, d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité » (*North America Nursing Diagnoses Association, NANDA, 2013*).

DIAGNOSTIC MÉDICAL : processus intellectuel en plusieurs étapes (anamnèse, examen clinique, examens complémentaires) permettant d'établir la présence d'une pathologie ou d'un état de santé chez un patient et la conduite à tenir face à celle-ci (6).

PLURIDISCIPLINARITÉ : juxtapose plusieurs disciplines, sans chercher à établir des rapports entre elles, pour une coexistence du travail de plusieurs disciplines dans le même cadre.

INTERDISCIPLINARITÉ : relève des relations et de l'intégration des savoirs de disciplines différentes, à les mettre en interaction, pour atteindre un but commun (6).

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| REMERCIEMENTS | III |
| ABSTRACT | IV |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DÉFINITION DES MOTS-CLÉS | V |
| 1. ABRÉVIATIONS | V |
| 2. DÉFINITIONS DES MOTS-CLÉS | VI |
| TABLE DES MATIÈRES | VIII |
| I- INTRODUCTION | 1 |
| II- MÉTHODOLOGIE | 3 |
| 1. RECHERCHE THÉORIQUE..... | 3 |
| 2. RECHERCHE PRATIQUE | 4 |
| a. <i>Questionnaire destiné aux médecins généralistes</i> | 4 |
| i. Construction du questionnaire | 4 |
| ii. Prise de contact des participants..... | 4 |
| iii. Récolte des données | 5 |
| iv. Analyse des données | 5 |
| b. <i>Éthique du projet TFE</i> | 5 |
| III- RÉSULTATS | 6 |
| 1. ANALYSE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES..... | 6 |
| 2. ÉTUDE DE LA RELATION DE COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INFIRMIERS | 7 |
| a. <i>La collaboration médecin-infirmier</i> | 7 |
| b. <i>La communication entre médecins et infirmiers</i> | 7 |
| c. <i>Le médecin généraliste dispose-t-il d'assez de temps ?</i> | 8 |
| d. <i>Les médecins généralistes connaissent-ils la pratique infirmière avancée ?</i> | 9 |
| e. <i>Le partage des tâches entre médecins et infirmiers</i> | 10 |
| 3. DE NOUVEAUX ROLES POUR LES INFIRMIERS ET MEDECINS GENERALISTES ? | 11 |
| a. <i>Évaluation des rôles de l'infirmier</i> | 11 |
| b. <i>Évaluation des rôles du médecin généraliste</i> | 11 |
| 4. AVANTAGES, INCONVENIENTS ET CRAINTES DE L'AIDE A LA CONSULTATION | 12 |
| a. <i>Avantages de l'aide à la consultation par un infirmier en pratique avancée</i> | 12 |
| b. <i>Inconvénients de l'aide à la consultation par un infirmier en pratique avancée</i> | 13 |
| c. <i>Craintes des médecins généralistes</i> | 14 |
| 5. SERIEZ-VOUS PRÊTS À INTÉGRER UNE AIDE À LA CONSULTATION AU SEIN DE VOTRE CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE ?..... | 15 |
| IV- DISCUSSION | 16 |
| 1. PISTES DE RÉFLEXIONS | 16 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| a. | <i>L'exemple des expériences étrangères.....</i> | <i>16</i> |
| b. | <i>L'infirmier en pratique avancée : qu'est-ce que c'est ?.....</i> | <i>16</i> |
| c. | <i>Les tâches de subsidiarité et de complémentarité.....</i> | <i>17</i> |
| 2. | LES TÂCHES DE SUBSIDIARITÉ | 17 |
| a. | <i>Les tâches administratives.....</i> | <i>17</i> |
| i. | Gestion du dossier médical du patient (et du DMG+)..... | 17 |
| ii. | Première anamnèse..... | 17 |
| iii. | Lecture du courrier et gestion des résultats..... | 18 |
| iv. | Renouvellement d'ordonnance de médicaments chroniques..... | 18 |
| v. | Gestion de la ligne téléphonique..... | 18 |
| b. | <i>Les tâches techniques.....</i> | <i>19</i> |
| i. | Réalisation de prises de sang..... | 19 |
| ii. | Injections de traitements..... | 19 |
| iii. | Réalisation de vaccination..... | 19 |
| iv. | Réalisation d'électrocardiogrammes..... | 20 |
| v. | Réalisation de spirométries..... | 20 |
| vi. | Mesures des paramètres vitaux..... | 20 |
| vii. | Audiométrie..... | 20 |
| viii. | Soins de plaie..... | 20 |
| ix. | Télédermoscopie, traitements des verrues et suivi cutané..... | 21 |
| c. | <i>Les tâches liées au suivi aigu du patient.....</i> | <i>21</i> |
| 3. | LES TÂCHES DE COMPLÉMENTARITÉ..... | 22 |
| a. | <i>Les tâches liées au suivi du patient chronique.....</i> | <i>22</i> |
| i. | Suivi de paramètres au cours du temps..... | 22 |
| ii. | Renouvellement d'ordonnances..... | 22 |
| iii. | Consultation orientée vers le patient et ses difficultés face à la maladie..... | 23 |
| iv. | Suivi du patient chronique..... | 23 |
| b. | <i>Les tâches de prévention de la santé.....</i> | <i>24</i> |
| i. | Gestion du dépistage des maladies sexuellement transmissibles..... | 24 |
| ii. | Gestion des dépistages des cancers..... | 24 |
| iii. | Gestion des dépistages de maladies chroniques..... | 24 |
| iv. | Gestion des calendriers et rappels de vaccination..... | 25 |
| c. | <i>Les tâches d'éducation du patient.....</i> | <i>25</i> |
| i. | Éducation du patient à l'utilisation de dispositifs d'inhalation..... | 25 |
| ii. | Éducation du patient à son diabète..... | 25 |
| iii. | Éducation du patient face à l'obésité..... | 26 |
| 4. | AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU PARTAGE DES TÂCHES..... | 26 |
| a. | <i>Le facteur temps.....</i> | <i>26</i> |
| b. | <i>Le facteur financier : financement de la pratique et revenus des praticiens.....</i> | <i>27</i> |
| c. | <i>Une médecine efficace et performante ou une médecine au rabais ?.....</i> | <i>27</i> |
| i. | Efficace ou au rabais ?..... | 27 |
| ii. | Suivi..... | 28 |
| iii. | Recours à la deuxième ligne de soins et hospitalisations..... | 29 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| iv. | Se former pour être efficace | 29 |
| d. | <i>Une médecine pluridisciplinaire</i> | 30 |
| i. | Multidisciplinarité : pluridisciplinaire ou interdisciplinaire ? | 30 |
| ii. | Organisation | 30 |
| iii. | Supervision | 31 |
| iv. | Apprendre à travailler ensemble | 31 |
| v. | Qui est responsable ? | 32 |
| vi. | Qu'en est-il du secret médical ? | 32 |
| e. | <i>Une valorisation ou une dévalorisation du professionnel de santé ?</i> | 32 |
| f. | <i>Pouvoir faire face à la pénurie dans les soins de santé et faire face au futur</i> | 33 |
| i. | Pénurie de médecins | 33 |
| ii. | Pénurie d'infirmiers | 34 |
| g. | <i>Une meilleure qualité de vie ?</i> | 34 |
| h. | <i>Entre le médecin et l'infirmier : le patient</i> | 35 |
| i. | Dissolution du lien médecin-patient | 35 |
| ii. | Quand le patient se retrouve pris dans des tirs croisés | 36 |
| iii. | Acceptation difficile par le patient mais une meilleure satisfaction des soins ? | 36 |
| 5. | FREINS ET LEVIERS AU PARTAGE DES TÂCHES | 38 |
| a. | <i>Répartition démographique et environnement de pratique des professionnels de santé en première ligne de soins</i> | 38 |
| b. | <i>Cadre légal et volonté politique de changement</i> | 39 |
| c. | <i>Formation du médecin généraliste et de l'infirmier</i> | 40 |
| d. | <i>Le temps et l'argent</i> | 41 |
| e. | <i>Culture et croyances des professionnels de santé</i> | 41 |
| 6. | LIMITES ACTUELLES ET DÉVELOPPEMENT FUTUR | 43 |
| a. | <i>Limites de la recherche théorique et pratique</i> | 43 |
| b. | <i>Limites au développement actuel</i> | 44 |
| V- | CONCLUSION | 45 |
| VI- | BIBLIOGRAPHIE | 46 |
| VII- | ANNEXES | A |
| 1. | ANNEXE I : COMPARAISON DE DIFFÉRENTS PAYS ET LEUR ORGANISATION DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS A | |
| 2. | ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE CHARLEROI | C |
| a. | <i>Message de prise de contact</i> | C |
| b. | <i>Retranscription du questionnaire</i> | D |
| c. | <i>Demande d'étude sur l'éthique du projet de TFE</i> | F |
| 3. | ANNEXE III : RÉSULTATS BRUTS DU QUESTIONNAIRE | G |
| a. | <i>Analyse des résultats au questionnaire sous forme de figures</i> | G |
| i. | Travaillez-vous en collaboration avec une infirmière au sein de votre cabinet médical ? | G |

| | | |
|------|---|---|
| ii. | Combien de contacts estimez-vous en moyenne avoir directement avec une infirmière ? (contacts téléphoniques ou physiques) | G |
| iii. | Estimez-vous avoir le temps nécessaire pour répondre à toutes les exigences de la consultation ? | H |
| iv. | Avez-vous déjà entendu parler des « infirmières en pratique avancée » (IPA) ? | I |
| b. | <i>Analyse des résultats des questions fermées</i> | I |
| c. | <i>Tableaux d'analyse des questions ouvertes</i> | K |
| i. | Pourcentages de réponses globales | K |
| ii. | Classification des idées exprimées | K |
| 4. | ANNEXE IV : LE PARTAGE DES TÂCHES | S |
| 5. | ANNEXE V : LE SECRET MÉDICAL | T |
| a. | <i>Article 458 du Code Pénal</i> | T |
| b. | <i>Article 10 de la Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002</i> | T |
| c. | <i>Le secret médical au sein des Codes de déontologie</i> | T |
| 6. | ANNEXE VI : LOIS RELATIVES À LA PRATIQUE DES ARTS INFIRMIERS ET À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE | V |
| a. | <i>Loi relative à l'exercice de l'art infirmier du 10 mai 2015</i> | V |
| b. | <i>Loi relative aux actes médicaux confiés</i> | W |
| c. | <i>Loi relative à l'exercice de la pratique infirmière avancée du 22 avril 2019</i> | W |

I- Introduction

Dans un monde en perpétuel mouvement et face à une demande de soins de santé sans cesse croissante (7), la première ligne de soins doit se réinventer. L'aide à la consultation par la pratique infirmière est un sujet d'actualité en Europe, même si déjà présente depuis 1970 dans le monde anglo-saxon, et la pratique infirmière avancée semble représenter un renouveau pour la médecine de première ligne. De plus en plus de pays s'intéressent à cette pratique et développent des formations infirmières plus spécialisées afin de renforcer la prise en charge des patients et leur accessibilité à la première ligne de soins tout en diminuant les coûts globaux. Ceci a permis de regrouper les différents intervenants et de renforcer la prise en charge des patients. Nous assistons à un renouveau dans la coopération entre médecins et infirmiers en repensant leur manière de travailler ensemble.

La relation entre le médecin et l'infirmier en Belgique en première ligne de soins dépend fortement du système dans lequel travaillent les intervenants. Majoritairement solitaires, les praticiens se regroupent de plus en plus pour former des associations ou des maisons médicales capables d'offrir une multidisciplinarité et une collaboration toujours plus importantes. La population vieillissante et l'augmentation des maladies chroniques sont des réalités que l'on ne peut ignorer, tendances qui continueront à s'intensifier dans les prochaines années (4,7), face auxquelles les rôles du médecin et de l'infirmier sont primordiaux. De même, l'augmentation du recours des patients à la première ligne (un certain virage ambulatoire) face à des hôpitaux de plus en plus saturés (et moins disponibles durant cette crise sanitaire de la COVID-19), nécessite de renforcer la place centrale de la première ligne dans le parcours de soin du malade (8). La population de médecins étant décroissante en même temps qu'une demande de soins sans cesse croissante (7), le temps médical acquiert dès lors une valeur d'autant plus précieuse.

Il est donc intéressant et légitime de se demander comment la pratique de première ligne peut être repensée, une réorganisation étant inévitable dans le futur face aux changements de la dynamique sociétale et des demandes ou besoins de la population. De plus en plus d'articles de la littérature et de revues spécialisées avancent que ce renouveau de la première ligne passera par une augmentation de la collaboration des médecins et des infirmiers via une aide à la consultation dans le cabinet même et un partage des tâches plus poussé entre les deux parties. Ce type de pratique est en pleine expansion dans le système spécialisé et est une réalité dans de plus en plus de pays Européens (France, Espagne, Irlande, Finlande, Suède : **Annexe I**).

L'aide à la consultation repose sur la pratique infirmière avancée exercée par des infirmiers plus spécialisés et mieux formés. Ce rôle, encore largement méconnu, est pourtant entré dans la législation en 2019 en Belgique (**Annexe VI.C**). C'est à ce moment que Maggie De Block, Ministre de la santé, définit en février 2019 ce que sera ce rôle en Belgique : « *L'infirmier de pratique avancée sera un praticien qui continuera à exercer l'art infirmier comme les autres infirmiers mais qui se verra, en plus, autorisé à avoir d'autres activités dans le cadre de soins infirmiers complexes, notamment des activités réservées jusqu'à présent aux médecins, dans le but de maintenir, améliorer et rétablir l'état de santé* » (9). Mais rien ne définit actuellement les rôles et activités que cet infirmier pourra être amené à assumer. La question est donc savoir si ce système est applicable à la médecine belge de première ligne de soins et d'en connaître les limites.

L'objectif de ce travail est de réfléchir à l'intérêt de l'aide à la consultation, ses avantages et inconvénients, ses freins et leviers et de proposer des pistes applicables pour le partage des tâches entre médecins et infirmiers en première ligne de soins, au moyen d'un questionnaire anonyme auprès de médecins généralistes belges francophones. L'enjeu de ce travail est donc d'apporter une réponse pratique à la collaboration entre médecins et infirmiers en première ligne de soins, tout en identifiant les limites d'un tel système en Belgique francophone.

II- Méthodologie

1. Recherche théorique

La recherche documentaire s'est effectuée à plusieurs niveaux dans la littérature nationale et internationale sur base des mots-clés : *infirmier, infirmière, infirmier en pratique avancée, médecin généraliste, collaboration, soins primaires, première ligne de soins, transfert de compétences, aide à la consultation, pratique avancée* ; ainsi que leurs variants anglais : *nurse, nurse practitioner, advanced nurse, general practitioner, physician, doctor, primary care, skill-mix, advanced nursing*.

- **Niveau 1** : recherche dans les guidelines tels que EBPracticeNet ou Dynamed.
- **Niveau 2** : recherche dans les synopsis de synthèse tels que Minerva. J'ai également consulté la Revue Prescrire, La Revue Médicale Suisse, la revue Santé Conjugée.
- **Niveau 3** : recherche de revue systématique via Cochrane et Tripdatabase
- **Niveau 4** : recherche d'articles originaux via PubMed sur base des Medical Subject Headings (MeSH) suivants : "*nurses, nurse practitioner, general practitioner, skill-mix*".

La recherche a également été réalisée dans la littérature grise au niveau d'organismes nationaux reprenant des données démographiques au niveau social et médical, des indicateurs de santé, le recensement des professionnels de la santé. Les sources d'informations proviennent essentiellement au niveau national de l'INAMI, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, la Fédération des Maisons Médicales (FMM), la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), le Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI), la Fédération des Associations des médecins Généralistes de Charleroi (FAGC) et l'Observatoire de santé du Hainaut ; et au niveau international de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Conseil International des Infirmières (CII). Les Codes de Déontologie belges de chaque profession ont également été consultés par rapport aux particularités éthiques des deux professions, ainsi que le Moniteur Belge pour connaître la législation en vigueur au moment de la rédaction de ce travail.

La recherche de travaux de synthèse traitant de ce sujet, à savoir des travaux de fin d'étude (TFE) d'étudiants belges, français ou suisses, de travaux de synthèse réalisés par des universités ou des responsables de la santé en Belgique ou dans d'autres pays (France, Suisse, Espagne).

La dernière recherche de la littérature a été réalisée le 01 avril 2021, nous avons retenus les articles en français, anglais ou espagnol et seuls les articles datant de moins de 20 ans ont été sélectionnés.

2. Recherche pratique

a. Questionnaire destiné aux médecins généralistes

i. Construction du questionnaire

Le questionnaire est repris en **Annexe II.B**, il a été construit en deux parties.

Une première partie s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques des participants, à savoir : leur âge, leur sexe, leur diplôme, leur nombre d'années de pratique, leur type de pratique et s'il s'agit d'une pratique urbaine, semi-urbaine ou rurale.

La deuxième partie du questionnaire s'est intéressée à la relation médecin-infirmier. Nous nous sommes intéressés pour cela à la collaboration du participant avec un infirmier : est-ce que le participant collabore avec un infirmier et quelle est la fréquence de leurs contacts ? Une partie s'intéresse également à savoir si le médecin pense avoir le temps nécessaire pour répondre à toutes les exigences de la consultation. Ces questions permettent de connaître la situation actuelle au sein de la pratique des participants. Ensuite, nous avons interrogé le participant sur sa connaissance des infirmiers en pratique avancée. Connaissent-ils le terme ? En ont-ils entendu parler ? La question suivante s'est intéressée aux tâches déléguées par les médecins généralistes actuellement : quelles sont-elles ? Ont-ils d'autres idées ? Pour pouvoir comparer avec les tâches qu'ils seraient prêts à déléguer à un infirmier (avec supervision et formation adaptée). Les questions ont ensuite été réparties en deux sous-groupes s'intéressant aux capacités de l'infirmier et aux capacités du médecin face à ces tâches. Enfin nous nous sommes intéressés, via des questions ouvertes, aux avantages et inconvénients que les médecins pourraient éventuellement voir à une telle pratique et à un tel partage de tâches. De même, une question ouverte recensait la présence ou l'absence de crainte du médecin généraliste face à l'émergence d'une aide à la consultation. Pour clôturer le questionnaire, une section ouverte non-obligatoire permet aux participants de laisser une remarque, réflexion ou commentaire sur le sujet.

Le questionnaire a été testé sur des participants médecins et non-médecins afin de pouvoir éventuellement en déceler les erreurs et a été validé par le promoteur de ce travail.

ii. Prise de contact des participants

Ont été inclus dans cette étude tous les médecins généralistes diplômés ou assistants pratiquant en médecine générale ou dans plusieurs disciplines mais dont la pratique principale devait être généraliste. La retraite ou la pause de la carrière ne représentent pas un critère d'exclusion.

Les médecins généralistes ont été contactés par e-mail (**Annexe II.A**) selon la liste des médecins enregistrés auprès de la FAGC ainsi que la liste des maîtres de stages de médecine générale de Fédération Wallonie-Bruxelles afin de toucher un large éventail de médecins généralistes. Une demande a également été réalisée auprès des deux Séminaires Loco-Régionaux (SLR) de Charleroi. Certains médecins ont aussi pris l'initiative de le répandre dans leur Groupe Local d'Évaluation Médicale (GLEM) ou auprès de leurs collègues de travail.

Nous estimons à 1820 le nombre de médecins touchés.

iii. Récolte des données

Le questionnaire a été hébergé sur la plate-forme internet *Google Forms*. Il était accessible à tous les participants possédant le lien. Le lien était accessible à tous et garantissant l'anonymat du participant dans le respect de la protection des données.

Le questionnaire a été envoyé entre le 14 et le 15 décembre 2020 aux différents médecins généralistes. La clôture de réception des résultats a été fixée au 31 décembre 2020. Aucune relance n'a été réalisée étant donné le nombre important de réponses reçues dès le premier mail.

iv. Analyse des données

Les données ont été analysées moyennant les logiciels. *SigmaPlot* (version 14.5) et *Microsoft Excel*. Une étude sous forme de statistiques descriptives pour les réponses fermées et de classement thématique pour les réponses ouvertes ont pu être réalisées et sont reprises en **Annexe III**.

b. Éthique du projet TFE

Une demande d'étude de mon projet de TFE a été soumise auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG). La réponse étant positive (**Annexe II.C, Figure 4**), ce projet ne nécessite donc pas d'être soumis auprès du comité d'éthique de l'UCL.

III- Résultats

1. Analyse des données démographiques

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES PARTICIPANTS AU QUESTIONNAIRE SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

| Tranche d'âge | | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-75 |
|------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre de participants | Total = 189 | 36 | 34 | 44 | 56 | 19 |
| | Homme = 87 | 9 | 16 | 14 | 32 | 16 |
| | Femme = 101 | 27 | 18 | 29 | 24 | 3 |
| Sexe | Autre = 1 | - | - | 1 | - | - |
| | Assistant en médecine générale = 25 | 24 | 1 | - | - | - |
| Diplôme | Médecin généraliste = 164 | 12 | 33 | 44 | 56 | 19 |
| | Cabinet privé en pratique solo = 57 | 8 | 5 | 15 | 19 | 10 |
| Type de pratique | Cabinet privé en association de médecins = 69 | 11 | 15 | 14 | 23 | 6 |
| | Maison médicale à l'acte = 17 | 4 | 4 | 6 | 3 | - |
| | Maison médicale au forfait = 36 | 8 | 8 | 8 | 11 | 1 |
| | Plusieurs types de pratique = 8 | 5 | 1 | - | - | 2 |
| | Autre = 2 | - | 1 | 1 | - | - |
| | Urbain = 69 | 12 | 12 | 14 | 25 | 6 |
| Milieu de pratique | Semi-urbain = 76 | 21 | 11 | 17 | 19 | 8 |
| | Rural = 44 | 3 | 11 | 13 | 12 | 5 |

Le nombre de réponses au questionnaire est de 189 médecins généralistes et assistants en médecine générale : 101 femmes, 87 hommes et 1 autre (réponse « O »). Par souci statistique, j'associerai la réponse *Autre* à la catégorie *Femme* (étant celle la plus représentée) afin de garder une puissance statistique satisfaisante sans perte de données. Parmi les répondants figurent 25 assistants en médecine générale (13,23%) et 164 médecins généralistes (86,77%).

57 médecins travaillent en pratique solo (30,16%), 69 en association de médecins (36,51%), 17 en maison médicale à l'acte (8,99%), 36 en maison médicale au forfait (20,63%) et 10 ont déclaré travailler dans plusieurs types de pratique (5,29%). Notons que 2 personnes ont utilisé la section *Autre* pour définir leurs différents types de pratique (cliniques, urgences, etc), elles ont été analysées avec la réponse *Plusieurs types de pratiques* dans un souci de puissance statistique. 44 médecins exercent en milieu rural (23,28%), 76 en milieu semi-urbain (40,21%) et 69 en milieu urbain (36,51%).

J'ai classé les âges des participants en 5 classes d'âges. La médiane d'âge est de 49 ans (moyenne de 48,6 ans). La médiane du nombre d'années de pratique de la médecine est de 23 ans. 19,05% des participants ont entre 25 et 34 ans, 17,99% ont entre 35 et 44 ans, 23,28% ont entre 45 et 54 ans, 29,63% ont entre 55 et 64 ans et 10,05% ont entre 65 et 74 ans. Parmi ces derniers, 2 participants ont déclaré être retraités dans la section *Remarques* du questionnaire, mais cela ne constitue pas un critère d'exclusion.

2. Étude de la relation de collaboration entre médecins généralistes et infirmiers

a. La collaboration médecin-infirmier

106 médecins (56%) ont répondu *Non* à la question de la collaboration avec un infirmier tandis que 78 (41%) ont répondu *Oui* à cette question. 5 participants (3%) ont répondu dans la catégorie *Autre* telles que citées ci-après. Parmi ces dernières nous retrouvons un participant ayant répondu « *J'en aurais rêvé !* » (médecin 12), 4 participants collaborant avec des équipes en-dehors du cabinet et un participant ayant répondu « *Oui, mais déjà avant d'être en maison médicale* » (médecin 63).

Comme on peut le voir sur les figures disponibles en **Annexe III.A.i (Figure 5)**, il existe une fracture entre les différents types de pratique. En effet, 91,22% des médecins pratiquant en solo et 72,46% des médecins en association ne sont pas aidés d'une infirmière tandis que 94,11% des médecins travaillant en maison médicale à l'acte et 100% des médecins en maison médicale au forfait sont accompagnés d'une infirmière.

Au niveau du milieu de pratique, 25% des médecins pratiquant en milieu rural sont accompagnés d'un infirmier contre 59,2% en milieu urbain. 40,28% travaillent avec un infirmier en milieu semi-urbain.

39,63% des médecins généralistes disent travailler avec un infirmier contre 64% des assistants en médecine générale. Et 46,08% des femmes travaillent en collaboration avec un infirmier au sein de leur cabinet contre 39,08% des hommes. Nous pouvons noter une forte diminution en fonction de l'âge : 58,33% des 25-34 ans, 50% des 35-44 ans, 45,45% des 45-54 ans, 35,71% des 55-64 ans et 15,79% des 65-74 ans disent travailler avec un infirmier.

b. La communication entre médecins et infirmiers

La majorité des médecin, 47%, a des contacts directs estimés à environ une fois par semaine avec un infirmier (soit 88 participants). 35% d'entre eux estime avoir des contacts quotidiens avec un infirmier (soit 66 participants), tandis que 17% estime n'en avoir que mensuellement (33 participants). Notons que 1% des participants estime ne jamais avoir de contacts avec un infirmier de manière directe (par téléphone ou de manière directe) ce qui représente 2 participants sur notre échantillon (de 26 et 48 ans).

La répartition entre les groupes étudiés est relativement similaire (**Annexe III.A.ii**). Notons une différence au niveau du type de pratique, les maisons médicales au forfait et maisons médicales à l'acte étant principalement représentées dans la catégorie *Environ 1x/jour* (respectivement 91,67% et 62,5% des médecins du type de pratique). Les médecins en cabinet

privé en pratique solo et en association de médecins se retrouvent principalement dans la catégorie *Environ 1x/semaine* (respectivement 58,52% et 56,52% des médecins de ce type de pratique). La catégorie *Environ 1x/mois* est représentée par 27,78% des médecins en pratique solo et 20,29% des médecins en association. Dans cette catégorie, les maisons médicales à l'acte ne sont pas représentées et 1 médecin de maison médicale au forfait s'y est retrouvé (soit 2,78% des médecins en maison médicale au forfait).

Les médecins en milieu rural ont principalement des contacts avec les infirmiers *Environ 1x/semaine* (52,27%) tandis que les médecins en milieu urbain ont des contacts infirmiers *Environ 1x/jour* (46,38%). Les contacts quotidiens avec les infirmiers sont principalement représentés par les médecins en milieu urbain tandis que les médecins en milieu rural représentent les principales réponses pour les contacts mensuels (**Annexe III.A.ii, Figure 6**). Le milieu semi-urbain est représenté de manière plus diffuse entre les 3 catégories, mais principalement représenté dans la catégorie *Environ 1x/semaine* (46,05%).

La répartition des réponses entre les classes d'âge est relativement similaire avec une majorité des réponses indiquant *Environ 1x/semaine* suivie de *Environ 1x/jour* puis *Environ 1x/mois*, hormis chez les 35-44 ans où la réponse majoritaire est *Environ 1x/jour* (60,71% des médecins de 35-44 ans).

Les assistants en médecine générale ont majoritairement des contacts quotidiens avec les infirmiers (36%) tandis que les médecins généralistes ont plutôt des contacts hebdomadaires (48,78%).

c. Le médecin généraliste dispose-t-il d'assez de temps ?

Cette question s'est intéressée à la pratique même du médecin généraliste au sein de son cabinet et au sein de sa consultation, permettant de s'intéresser à l'estimation par le médecin généraliste du temps disponible pour répondre à toutes les exigences de la médecine générale (à savoir au niveau du temps consacré au patient, du diagnostic, du suivi, de la prévention, de l'adéquation avec les recommandations de la littérature, ...). Cela permet de se faire une idée sur le ressenti du médecin généraliste face à sa propre pratique.

La médiane des réponses chez tous les participants était de 7, s'étalant de minimum 1 à maximum 10. Les valeurs d'asymétrie de Skewness (-0,542) confirment une répartition plus importante dans les valeurs supérieures à 5, cependant le coefficient de Kurtosis (-0,151) montre une distribution plutôt aplatie des valeurs (**Figure 1**) avec une large répartition des valeurs.

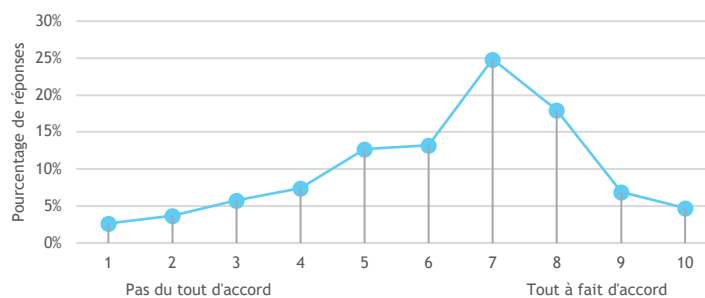


FIGURE 1 : COURBE DE RÉPARTITION DES POURCENTAGES POUR CHAQUE VALEUR DE RÉPONSE ACCORDÉ PAR LE PARTICIPANT PAR RAPPORT AUX TEMPS DONT ILS DISPOSENT EN CONSULTATION

En **Annexe III.A.iii (Figure 7)** vous trouverez les graphiques des répartitions en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins, nous ne les détaillerons pas ici étant donné que la répartition ne diverge pas des données de la population générale étudiée.

d. Les médecins généralistes connaissent-ils la pratique infirmière avancée ?

Nous nous sommes intéressés à la connaissance des médecins au sujet des infirmiers en pratique avancée (IPA) (**Annexe III.A.iv, Figure 8**). Les médecins ont majoritairement répondu *Non* à cette question, montrant ainsi que 61% des médecins interrogés ignorent totalement ce qu'est la pratique infirmière avancée. 37% des participants ont répondu *Oui* à cette question et 2% ont répondu dans la catégorie *Autre*. Les participants ayant répondu dans la catégorie *Autre* connaissaient le terme mais n'en connaissaient pas tous les aspects, nous avons choisi de les classer dans la catégorie *Oui* pour la suite de l'étude statistique.

Les femmes semblent avoir un peu moins entendu parler de l'infirmier en pratique avancée, 33,33% des femmes ayant entendu parler de cette pratique contre 44,83% des hommes. L'âge est également un facteur déterminant : 48,21% des 55-64 ans et 50% des 45-54 ans en ont entendu parler contre 31,58% des 65-74 ans, 29,41% des 35-44 ans et 22,22% des 25-34 ans. Et de ces données découlent donc un plus gros pourcentage de *Oui* chez les Médecins Généralistes (42,07%) que chez les Assistants en médecine générale (16%). Le type de pratique influence également la réponse où respectivement 64,71% et 46,15% des médecins exerçant en maison médicale à l'acte et au forfait ont déjà entendu parler de cette pratique (contre 37% et 30% des médecins en pratique solo ou en association de médecins). Il n'existe pas de différence notable entre les différents milieux de pratique.

e. Le partage des tâches entre médecins et infirmiers

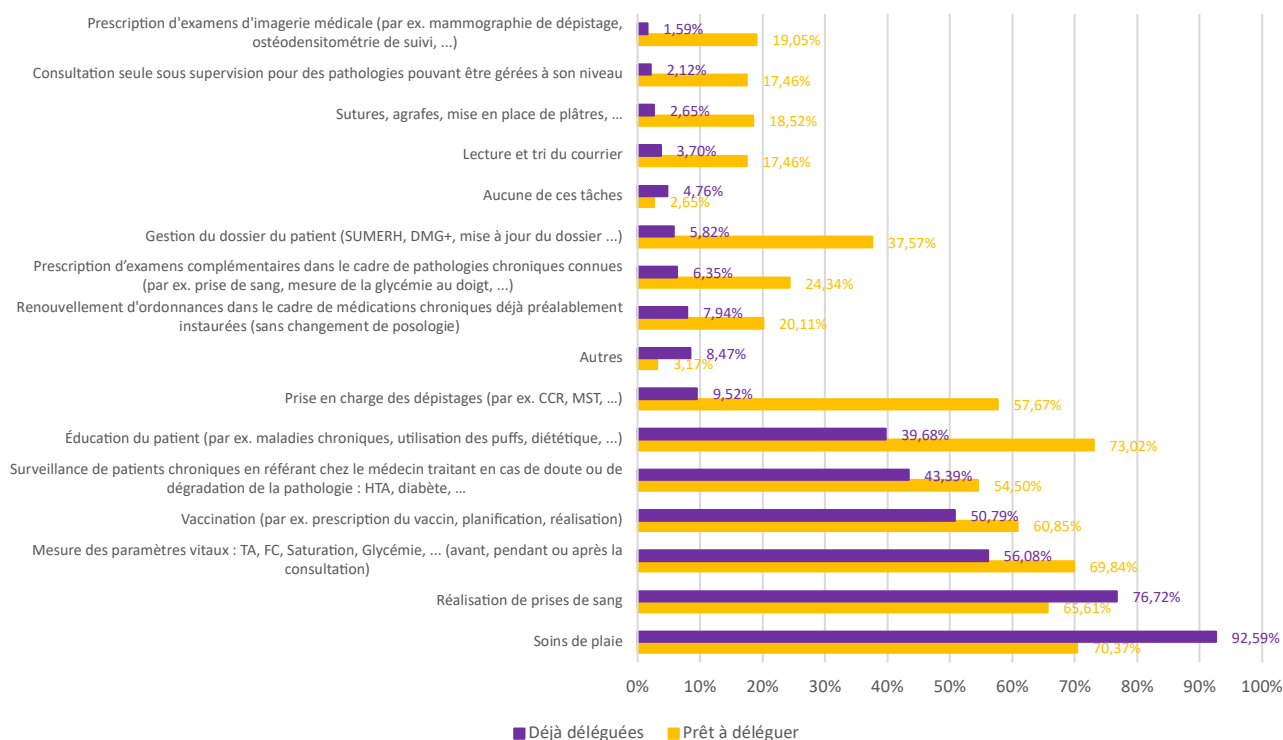


FIGURE 2 : HISTOGRAMME COMPARANT LE POURCENTAGE DES MÉDECINS DÉLÉGUANT ACTUELLEMENT UNE TÂCHE RESPECTIVEMENT À CEUX PRÊTS À LA DÉLÉGUER (DANS UN CADRE ADAPTÉ)

La question s'intéresse à 15 tâches différentes (**Figure 2**) réalisées dans le cadre de la pratique courante du médecin généraliste ainsi qu'à une catégorie *Autre* laissant le praticien répondre par d'autres activités que nous n'aurions pas envisagées. Nous avons choisi de comparer les tâches que les médecins délèguent déjà à celles qu'ils seraient prêts à déléguer (dans un environnement adapté).

Les médecins sont plutôt enclins à partager leurs tâches avec un infirmier correctement formé (97,35%) : 4,76% des médecins ne délèguent actuellement aucune de ces tâches, et ce nombre se réduit à 2,65% des médecins qui ne seraient prêts à déléguer aucune de ces tâches dans le futur. Il est intéressant de noter que 2 catégories de tâches ont diminué entre celles déléguées actuellement et celles que le médecin serait prêt à déléguer : les soins de plaies et la réalisation de prise de sang. Les tâches qui sont déjà actuellement souvent déléguées (mesure de paramètres vitaux, vaccination, surveillance de patients chroniques) gagnent quelques médecins en augmentant d'environ 10%.

L'éducation du patient est la tâche qui intéresse le plus les médecins passant de 39,69% la déléguant actuellement à 73,02% qui seraient prêts à la déléguer. La réalisation de dépistage

la suit avec une nette progression de 9,52% à 57,67%. Enfin, la gestion du dossier du patient passe de 5,82% à 37,57%.

Certaines tâches semblent peiner à convaincre les médecins généralistes et, malgré une augmentation importante de leur représentation, restent inférieures ou égales à 20% : le renouvellement d'ordonnances chroniques, la prescription d'examen d'imagerie médicale, les sutures/agraves, la consultation seule et la lecture et analyse du courrier.

Les réponses *Autres* n'ont pas été analysées dans cet histogramme en raison du faible pourcentage des médecins ayant cité cet aspect (et donc de la faible puissance statistique) dans les deux catégories de tâches (la deuxième question ayant bénéficié d'une moindre utilisation de la catégorie *Autre*). Ces réponses concernaient la réalisation de tests cardiaques au sens large (cité 2 fois), la préparation de pilulier (cité 2 fois), le suivi cutané moyennant notamment la télédermoscopie ou le traitement de verrues (cité 2 fois), la réalisation de tests audiométriques, la réalisation de spirométries, le suivi psychiatrique, la réalisation de campagnes de prévention, la réalisation d'anamnèses générales et la recherche clinique (ces derniers items ont été cités une fois chacun). Seuls les tests cardiaques et la télédermoscopie ont été cités dans les tâches que les médecins seraient prêts à déléguer (respectivement par 1,59% et par 0,53% des médecins interrogés).

3. De nouveaux rôles pour les infirmiers et médecins généralistes ?

a. Évaluation des rôles de l'infirmier

Les médecins généralistes sont *Plutôt d'accord* (médiane de 4, **Tableau 2** et **Annexe III.B**) avec ces questions qui évaluent l'applicabilité de l'aide à consultation, la réalisation de pré-consultations et la gestion du dossier par un infirmier (**Tableau 2**).

TABLEAU 2 : MÉDIANE AUX 3 QUESTIONS ÉVALUANT LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

| Question | Médiane |
|---|---------|
| Selon vous, déléguer ces tâches à une infirmière de manière encadrée serait réalisable et applicable à la médecine générale ? | 4 |
| Selon vous, l'infirmière est apte à réaliser des pré-consultations (rencontre avec le patient avant que celui-ci ne rencontre le médecin : récupérer la ou les plaintes, prendre les paramètres, autres actes si nécessaire selon son jugement) | 4 |
| Selon vous, l'infirmière est apte à la gestion du dossier du patients (Dossier Médical Global ou DMG+ en Belgique : reprenant les antécédents, personnels, familiaux et chirurgicaux, les allergies, le statut fumeur/alcool, les vaccinations, les traitements en cours, ...) | 4 |

b. Évaluation des rôles du médecin généraliste

Les médecins généralistes sont restés neutres quant à savoir si l'aide à la consultation pouvait diminuer le recours à la deuxième ligne de soins (**Tableau 3** et **Annexe III.B**). Les

médecins généralistes interrogés sont *Plutôt d'accord* (médiane à 4) que cette pratique permettrait d'augmenter leurs compétences à haute valeur ajoutée, de devenir plus performants et d'améliorer le suivi des patients chroniques. En outre ils se sentent capables d'assumer ce rôle central.

TABLEAU 3 : MÉDIANE AUX 4 QUESTIONS ÉVALUANT LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

| Question | Médiane |
|---|---------|
| Selon vous, l'aide à la pratique par une IPA permettrait au médecin généraliste de plus se focaliser sur des compétences médicales à haute valeur ajoutée (par ex. diagnostic, analyse et réflexion sur des pathologies atypiques, formations, ...) | 4 |
| Selon vous, le médecin généraliste pourrait-il devenir plus performant en intégrant ce type d'aide au sein de son cabinet ? | 4 |
| Selon vous, le médecin généraliste est-il apte d'assumer le rôle central de superviseur et coordinateur (en plus de son rôle de médecin généraliste) nécessaires au travail en équipe dans le cadre du partage de tâche entre médecins et infirmiers ? | 4 |
| Selon vous, l'aide à la pratique pourrait permettre de diminuer le recours à la deuxième ligne de soin ? | 3 |
| Selon vous, ce type d'aide pourrait-il permettre d' améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques ? | 4 |

4. Avantages, inconvénients et craintes de l'aide à la consultation

a. Avantages de l'aide à la consultation par un infirmier en pratique avancée

L'étude qualitative des avantages de l'aide à la consultation a été réalisée par classement thématique (**Annexe III.C.ii, Tableau 7**). 87,3% des médecins interrogés voient des avantages à cette pratique tandis que 12,17% n'en voient pas. Les pourcentages cités ci-après correspondent au pourcentage de médecins ayant cité cet avantage parmi ceux y voyant un avantage.

L'avantage le plus cité est le gain de temps pour le médecin généraliste (40,36% des médecins ayant cité un avantage) avec en parallèle une diminution de leurs tâches quotidiennes (22,89%) permettant de se dédier à d'autres tâches (6,02%).

En second, les médecins ont noté une pratique pluridisciplinaire permettant d'avoir plusieurs regards et de travailler en équipe (24,10%). La prise en charge est alors plus efficace et performante (9,04%) avec une amélioration du suivi des patients (16,87%), une prise en charge plus globale et approfondie (9,04%), une augmentation de la qualité des soins (3,64%), une diminution des hospitalisations (1,20%) et une meilleure compliance du patient (0,60%). Un meilleur contact-patient a été cité dans 3,61% avec des informations personnelles auxquelles parfois seul l'infirmier a accès. La prévention et l'éducation du patient ont été citées comme avantages à respectivement 5,42% et 3,01%. La meilleure gestion du dossier médical a été citée par 5,42% des médecins.

En parallèle, une telle pratique permettrait de revaloriser l'infirmier (5,42%).

Une meilleure accessibilité aux soins avec plus de place en consultation notamment a été évoquée par 4,22% des médecins généralistes, permettant de faire face à la pénurie de médecins généralistes.

Le généraliste pourra également profiter d'une meilleure qualité de vie avec moins de charges à assumer et une charge mentale plus faible (3,01%).

Enfin un gain financier a été cité par un médecin (soit 0,60%).

b. Inconvénients de l'aide à la consultation par un infirmier en pratique avancée

81,48% des médecins voient des inconvénients à l'aide à la consultation contre 14,29% qui n'en voient pas et 4,23% qui sont sans avis. L'étude qualitative des inconvénients de l'aide à la consultation a été analysée par classement thématique (**Annexe III.C.ii, Tableau 8**). Les pourcentages cités ci-après correspondent au pourcentage de médecins ayant cité cet inconvénient parmi ceux ayant cité au moins un inconvénient.

Parmi les médecins qui ont signalé un inconvénient, 16,88% ont noté la difficulté d'organisation que suppose l'aide à la consultation : fixer un cadre de travail et ses limites, prévoir des réunions d'équipe ... Pour cette raison, 7,79% des médecins voyant un inconvénient ont cité la perte de temps due à ce surplus d'organisation comme inconvénient. Les médecins (4,55%) ont aussi cité dans cette catégorie le manque de place ou de local pour accueillir un intervenant infirmier. En outre, un des inconvénients importants cité par les médecins est également de bien se connaître et de pouvoir se faire confiance entre praticiens (12,99%). 14,29% des médecins ont cité la perte financière due à cette activité. Il faut prévoir une rémunération pour l'infirmier qui ne peut pas facturer ses actes. Les médecins ayant cité le manque de local et la perte financière ont également relevé que cette pratique était très difficilement applicable à la médecine solo ou à l'acte de manière plus générale (3,90%).

Au niveau de leur pratique, les médecins voient comme inconvénient une perte de la relation avec leurs patients par une déshumanisation et dépersonnalisation des soins primaires (13,64%) et une acceptation qui serait difficile par leur patientèle (9,74%) car les patients auraient moins de contact avec leur médecin traitant (5,59%). Cette pratique pourrait également mener à une déresponsabilisation du médecin (9,09%) : et dans ce cas qui serait responsable en cas d'erreur ou de manquement ?

L'inconvénient est également que les infirmiers et les médecins nécessiteraient une formation adéquate (7,70%), cela pour éviter les erreurs médicales (6,49%) et les avis divergents (3,90%). 5,59% ont cité la nécessité de supervision de l'infirmier comme inconvénient. En outre, 9,09% disent que ce type de pratique dépasse les connaissances de l'infirmier. 5,19% des médecins ayant cité un inconvénient pensent que le patient bénéficiera d'un moins bon suivi de sa pathologie.

Cependant, alors que l'aide à la consultation pouvait faire face à la pénurie de médecins (cité dans les avantages), les médecins pensent que la pénurie d'infirmier (et certains ont précisé « *d'infirmières compétentes* » [médecins 18 et 134]) serait un frein au développement de cette pratique (1,95%). En outre, cela créerait une surcharge de travail pour l'infirmier (0,65%).

Les médecins ont également cité le point de vue légal comme inconvénient et limite de la pratique (1,30%) et également du partage du secret médical entre plusieurs intervenants (1,30%).

La résistance culturelle des médecins et des infirmiers a été citée comme inconvénient par 5,19% des médecins, cependant un médecin a cité comme inconvénient que le médecin du futur n'aurait sans doute pas le choix de passer à ce type de pratique (0,65%).

c. Craintes des médecins généralistes

L'étude qualitative des craintes liées à l'aide à la consultation a été analysée par classement thématique (**Annexe III.C.ii, Tableau 9**). 59,79% des médecins n'ont pas de craintes face au développement d'une telle pratique en Belgique, 37,57% ont émis au moins une crainte et 2,65% sont sans avis. Les pourcentages cités ci-après correspondent au pourcentage de médecins ayant cité cette crainte parmi ceux ayant cité au moins une crainte.

La perte du rôle central et dominant du médecin généraliste, donc la peur du changement de statut, a été citée comme crainte principale (15,49% des médecins ayant cité au moins une crainte). Il y a une crainte que le médecin ne soit remplacé par cet infirmier en pratique avancée (5,63%) menant *in fine* à la disparition du médecin généraliste (2,82%). Le travail du médecin en serait dévalorisé (8,45%). En parallèle, 5,63% des médecins ont avancé la peur que ce type de pratique devienne obligatoire et mène à une perte de liberté du médecin généraliste (5,63%) avec une diminution toujours plus importante de leur travail (8,45%) et des actes qu'ils peuvent poser.

La crainte d'une médecine au rabais (4,23%) est également présente avec un risque d'erreur médicale (14,08%), un manque de suivi du patient (7,04%), un manque de vision

globale de la santé du patient (5,63%) et un manque d'implication du médecin généraliste se reposant sur l'infirmier (2,82%).

La relation à l'infirmier est également une source de craintes avec une peur de l'incohérence entre les deux praticiens (2,82%), que les rôles soient mal définis (4,23%) ou que la confiance ne soit pas au rendez-vous (2,82%). L'aptitude de l'infirmier est également un sujet de crainte pour 2,82% des médecins ayant cité au moins une crainte. Savoir qui serait responsable en cas d'erreur inquiète également les médecins (1,41%).

5. Seriez-vous prêts à intégrer une aide à la consultation au sein de votre cabinet de médecine générale ?

À cette question, les médecins généralistes ont répondu qu'ils sont *Plutôt d'accord* (médiane à 4, **Annexe III.B, Tableau 6**). Il existe une différence de médiane en fonction du type de pratique : les médecins en pratique solo sont *Neutre* (médiane à 3), les médecins en association et les médecins travaillant en plusieurs pratiques sont *Plutôt d'accord* (médiane à 4) et les médecins en maison médicale à l'acte et au forfait sont *Tout à fait d'accord* (médiane à 5). De même les médecins ayant répondu qu'ils ne travaillent pas avec un infirmier actuellement sont *Neutre* (médiane à 3) tandis que ceux travaillant avec un infirmier sont *Plutôt d'accord* (médiane à 4). Les autres catégories étudiées (âge, sexe, diplôme, milieu de pratique) sont *Plutôt d'accord* (médiane à 4).

IV- Discussion

1. Pistes de réflexions

a. L'exemple des expériences étrangères

Il existe autant de manières de pratiquer la médecine générale que de pays dans le monde, s'inspirer de ce qui se fait dans des pratiques étrangères peut permettre de développer un nouveau regard sur notre pratique belge. L'aide à la consultation s'est principalement développée dans les pays anglo-saxons (principalement les États-Unis, l'Angleterre et le Canada) qui sont également ceux ayant le plus publié sur le sujet (4,10,11). De manière plus récente, cette problématique gagne les pays européens (11).

Afin de dégager des pistes de réflexion concernant l'aide à la consultation et le recours aux infirmiers, nous avons regroupé en **Annexe I** les différences et spécificités à chaque pays dans le partage des tâches. Certains pays, majoritairement anglo-saxons, sont déjà bien avancés dans le partage des tâches entre infirmiers et médecins généralistes, et la prescription infirmière médicamenteuse y est notamment déjà présente depuis environ 50 ans. Ces informations ont fait partie de nos premières recherches sur le sujet pour nous forger une idée des activités liées à la pratique avancée et au partage des tâches.

Les pays européens ont suivi la voie des infirmiers en pratique avancée au cours des années 2000 (avec l'Irlande, la Suède et la Finlande), et surtout des années 2010 (avec la France et l'Espagne) (5,10,11). Cependant, chaque pays est différent avec une démographie sociale bien particulière. Les exemples étrangers sont toujours à prendre avec prudence et extrapolables de manière délicate à notre pays. Mais le peu de données existant dans la littérature belge nous a poussé à nous intéresser aux publications internationales.

b. L'infirmier en pratique avancée : qu'est-ce que c'est ?

La pratique infirmière avancée implique des activités traditionnellement réservées aux médecins, qui, sous certaines conditions, vont être confiées à des infirmiers. Il s'agit de sept activités cliniques qui « *consistent à prescrire, à poser un diagnostic, à demander des examens et des tests, à suivre une cohorte de patients, à mettre en place un traitement, à orienter et à servir de premier point de contact pour le patient* » (12). L'IPA prend des « *décisions vitales, avancées et approfondies* » (4). En Belgique, cette pratique est émergente (**Annexe I, Figure 3**) car certaines de ces tâches sont incluses, mais de manière ni systématique, ni habituelle (5).

c. Les tâches de subsidiarité et de complémentarité

L'aide à la consultation peut se dérouler selon deux modes différents : la substitution et la complémentarité (8).

- La **substitution** reprend les fonctions que l'infirmier réalise en place et lieu du médecin généraliste.
- La **complémentarité** reprend les fonctions que l'infirmier réalise en complément de tâches déjà existantes du médecin généraliste ou d'un praticien non-médecin.

Nous sommes partis de ces deux modes pour analyser les possibilités de partage des tâches dans l'aide à la consultation par un infirmier en pratique avancée (**Annexe IV, Figure 12**). Ces tâches peuvent être réalisées avec plus ou moins d'autonomie mais nécessitent une supervision médicale (13). Les tâches ont été décrites dans une volonté d'être complet et global dans leur description mais il va de soi que la volonté du partage de chaque tâche reste la décision propre du médecin généraliste et de l'infirmier selon leurs propres envies et compétences.

2. Les tâches de subsidiarité

a. Les tâches administratives

Dans son travail quotidien le médecin généraliste est exposé à une quantité imposante de tâches de type administratif qui doivent être prises en charge et qui pourraient être déléguées.

i. Gestion du dossier médical du patient (et du DMG+)

Un patient bien suivi dans sa maladie passe par une bonne gestion du dossier de celui-ci. À l'ère des dossiers informatiques et des dossiers partagés (via les *sumerhs*) il est d'autant plus important d'être à jour dans les dossiers médicaux de nos patients. Cette tâche consiste principalement à encoder les vaccinations réalisées, vérifier les données des patients à chaque consultation et à compléter le DMG (8). De plus, elle a pour but de promouvoir un meilleur suivi du patient dans son ensemble, en permettant, par exemple, une réalisation plus efficace des actes de prévention. Si le DMG est un outil dédié au médecin généraliste, les thèmes qui y sont abordés (notamment dans son volet prévention) sont de la responsabilité de tous les prestataires de soins, il est donc logique de le tenir de manière collaborative (8).

ii. Première anamnèse

L'infirmier peut être amené à réaliser une première anamnèse dans le cadre d'un nouveau patient venant s'inscrire dans le cabinet ou la maison médicale (8). Cela permet de prendre le temps de regrouper tous les éléments de soins comme les antécédents médico-chirurgicaux du

patient, son état de vaccination, ses éventuels bilans en cours, ses assuétudes, ses premiers paramètres. L'infirmier sera à même d'évaluer également la composition familiale, le métier, les éventuelles aides sociales, les passe-temps du patient, les facteurs de risque et assuétudes etc. L'anamnèse approfondie permettra d'avoir un dossier toujours plus complet, ainsi qu'une connaissance plus approfondie du patient. L'IPA peut réaliser des anamnèses très poussées et donner accès à de nouvelles catégories d'informations jusqu'alors inconnues du MG (9).

iii. Lecture du courrier et gestion des résultats

Sans avoir la vocation de remplacer la lecture par un médecin, un infirmier pourrait réaliser une première lecture de ce courrier afin de le trier préalablement (8). Cette tâche doit être réalisée en concertation avec le MG, mais permettrait de pouvoir améliorer le suivi des patients et de diminuer le temps de prise en charge des résultats anormaux nécessitant une prise en charge. Nous n'avons cependant pas trouvé d'étude ayant traité ce sujet, il serait intéressant de le développer dans une étude approfondie. Dans certains centres, l'infirmier peut également avoir la tâche de récupérer des résultats médicaux (non-transmis ou non-reçus) (8) ayant l'avantage de la formation médicale par rapport à la secrétaire.

iv. Renouvellement d'ordonnance de médicaments chroniques

Cf. point **IV.3.A.ii** : Le renouvellement d'ordonnances

v. Gestion de la ligne téléphonique

L'importance d'avoir un secrétariat médical n'est pas nouvelle comme l'ont signalés les médecins interrogés, cependant, une secrétaire ne sera jamais capable de gérer des demandes particulières ou des problèmes aigus de santé. Il a été montré que 50% des demandes téléphoniques en médecine générale peuvent se gérer par téléphone (14). Avoir un infirmier permet de pouvoir bénéficier d'un jugement clinique nécessaire pour analyser la demande clinique du patient et de pouvoir y répondre. Le but est de pouvoir différencier rapidement les problèmes urgents des problèmes non-urgents ainsi que ceux nécessitant d'être référés au médecin (14,15). Il est important d'avoir un algorithme bien défini (14) pour identifier la demande du patient, catégoriser le niveau de priorité et décider de l'action à entreprendre (gestion par l'infirmier même ou référer vers le médecin). L'étude Hansen et al. a montré que la qualité des décisions prises est élevée et que la compétence de triage des infirmiers est sans danger pour le patient (15). Le triage par un infirmier permet en outre de réduire le nombre de consultations (ou visites à domicile) dans l'immédiat (14), et de réduire la charge de travail

immédiate du médecin généraliste, lui permettant de ne gérer en urgence que les cas aigus ne pouvant être pris en charge par l'infirmier (16).

b. Les tâches techniques

La consultation regorge d'actes techniques pouvant être délégués à un infirmier. En s'inspirant de ce qui est déjà à l'œuvre dans les hôpitaux belges, dans les centres primaires étrangers et dans certaines maisons médicales belges. Voici une liste non-exhaustive des tâches techniques que les infirmiers pourraient être en mesure de réaliser sous supervision.

i. Réalisation de prises de sang

La réalisation de prises de sang est un acte déjà réalisé par les infirmiers actuellement, notamment dans les centres pluridisciplinaires ou dans les hôpitaux. Bien qu'en médecine générale cet acte reste encore traditionnellement celui du médecin généraliste, l'infirmier est apte et formé à cet acte comme le signalent 76,72% des médecins interrogés. L'infirmier pourrait prévoir les prochaines biologiques dans les suivis chroniques (par exemple pour le contrôle des AVK), sous supervision médicale, afin d'améliorer le suivi du patient (8).

ii. Injections de traitements

De par sa formation, sous supervision médicale, l'infirmier est apte à réaliser seul des injections de divers produits en intramusculaire (contraceptifs, neuroleptiques, anti-inflammatoires, ...) et notamment dans la gestion de la douleur (morphiniques, ...) (8).

iii. Réalisation de vaccination

L'infirmier, en se basant sur le calendrier de vaccination, peut réaliser un suivi des vaccinations des patients du cabinet (8,17). La première étape serait de conserver les dossiers actualisés afin d'être informé des vaccins ayant été réalisés et de ceux devant l'être. L'infirmier pourrait alors créer des rappels des patients devant être vaccinés au cours du mois ou dans l'année. Il serait à même de réaliser les demandes et les prescriptions (sous supervision médicale) dans un cadre de prévention, la vaccination sous supervision et l'encodage dans le dossier du patient ou sur la plateforme de vaccination belge *e-Vax*. Cela permettrait d'être proactif dans le suivi et la prévention des patients suivis au sein du cabinet médical. La vaccination de la grippe est par exemple déjà réalisée par certains infirmiers en maison de repos. En France les infirmiers sont autorisés à réaliser la vaccination de la grippe à toute la population hormis la primo-vaccination et chez les femmes enceinte (17).

iv. Réalisation d'électrocardiogrammes

Avec la bonne formation tout le monde est capable de réaliser un tracé d'électrocardiogramme (ECG). L'infirmier nécessitera pour cela d'avoir été correctement formé par le médecin référent et d'avoir un matériel adapté. Tout infirmier doit être capable d'interpréter sommairement un électrocardiogramme afin de pouvoir dépister rapidement les infarctus et les arythmies et pouvoir décider de la prise en charge la plus adaptée (patient référé vers le médecin ou adressé au 112-SMUR) (18). Les soignants en pratique avancée ont démontré avoir une haute sensibilité à dépister les infarctus STEMI, mais nécessitent d'avoir une formation adaptée et de l'expérience (18,19). L'infirmier peut donc tout à fait être une première ligne d'interprétation de l'ECG réalisé avant l'étape obligatoire de l'interprétation par le médecin généraliste (dans une idée d'accélérer la prise en charge du patient).

v. Réalisation de spirométries

Dans la même optique, un infirmier praticien peut réaliser des spirométries, il faudra cependant veiller à ce qu'il ait eu une formation adéquate pour la réalisation des tests ainsi qu'un matériel adapté.

vi. Mesures des paramètres vitaux

À l'image de ce qui est pratiqué dans les pays Anglo-saxons, les infirmiers peuvent prendre automatiquement les paramètres vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, poids, taille) (20). Cela permettrait d'avoir un meilleur suivi des paramètres au sein du dossier du patient et de permettre de libérer le médecin de cette tâche durant son temps de consultation.

vii. Audiométrie

Plusieurs pays ont développé des infirmiers formés spécifiquement en audiométrie dans la gestion des pathologies auditives. En Australie, ce type de pratique avancée est déjà bien développé, l'infirmier étant chargé à la fois du versant diagnostic (audiométrie, évaluation des troubles, dépistages notamment en pédiatrie...) et de prévention (relation des enfants présentant un trouble auditif avec leurs parents ou professeurs, prévention des lésions induites par le son).

viii. Soins de plaie

Au sens large, les soins de plaies comprennent les soins de plaies aiguës (sutures, désinfection, pansements, retrait d'agrafes ou de points de suture, ...) et soins de plaies

chroniques (ulcères, ...). Les infirmiers possèdent déjà ces compétences de par leur formation de base et notons qu'ils « *ont souligné* “le côté schizophrénique de certaines situations”, *comme l'obligation de prescription médicale pour du matériel de soin de plaie alors qu'ils sont généralement plus compétents que les médecins dans ce domaine* » (8). La France et l'Espagne ont pallié ce non-sens en autorisant la prescription infirmière uniquement pour le renouvellement de matériel de soins de plaie, leur redonnant ainsi de l'autonomie dans leurs compétences (11,21). Un système équivalent pourrait être envisagé en Belgique (9,21).

ix. Télédermoscopie, traitements des verrues et suivi cutané

Les problèmes cutanés sont un véritable enjeu de santé avec des délais de rendez-vous en dermatologie interminables et une prédisposition importante dans la société en général (22). Les infirmiers sont déjà formés à la prise en charge de toutes les pathologies cutanées de type plaie et ce rôle dermatologique peut donc être vu comme une extension de ce dernier. Courtenay et al. a montré que le suivi cutané dirigé par des infirmiers avait de bons résultats avec une meilleure compréhension de la maladie et une diminution de la sévérité (eczéma, psoriasis) mais qu'une formation plus poussée était nécessaire car les standards n'étaient pas atteints en première ligne de soins (22).

c. Les tâches liées au suivi aigu du patient

Dans les pays où l'aide à la consultation est établie (**Annexe I**), les infirmiers en pratique avancée sont capables de prendre en charge les pathologies bénignes de la vie courante (20) et représentent un intérêt pour les patients souhaitant être vus le jour même (16). Ces derniers patients, habituellement vus par les généralistes, représentent une charge de travail importante face à des consultations déjà bien remplies ; ce type de prise en charge représente donc un intérêt pour les centres de médecine générale très fréquentés et en milieu densément peuplé (16).

Bien formés et soutenus, les infirmiers sont capables de prescrire des médicaments pour traiter des problèmes de santé très divers en obtenant des résultats de gestion de la maladie comparables aux médecins (20,23). Une étude réalisée par l'Université de Barcelone (16) a identifié 4 points importants à suivre pour le bon déroulement de ces consultations :

1. Sélectionner un nombre limité de pathologies bénignes adultes et pédiatriques
2. Créer des algorithmes de prise en charge pour chaque pathologie
3. Réaliser des formations et des séances d'entraînement à la prise en charge
4. Toujours avoir un médecin généraliste disponible si nécessité d'aide ou que le patient doit être référé

Cette pratique est associée à des résultats significatifs sur la résolution de la maladie et significativement peu de reconsultation (16,20). Les consultations infirmières sont donc « *non seulement faisables mais efficaces* » mais « *éduquer les infirmiers au diagnostic et à la prise en charge ne peut être sous-estimé et semble être la clé du succès de ces types de programmes* » (16). Cependant, une réticence est toujours présente chez les médecins en Belgique comme révélé par les résultats de ce questionnaire, cela se traduisant par leurs craintes du risque d'erreur et le risque de perdre leur relation privilégiée au patient.

3. Les tâches de complémentarité

Les tâches de complémentarité vont reprendre toutes les tâches qui peuvent être exécutées par un infirmier, dans une optique d'aide au médecin, et pour lesquelles son expertise va apporter une valeur ajoutée à la prise en charge du patient. Dans cette optique, les tâches restent complémentaires de ce qui est réalisé durant la consultation par le médecin généraliste et ne visent pas à être déléguées ou transférées mais à être développées de manière pluridisciplinaire.

a. Les tâches liées au suivi du patient chronique

i. Suivi de paramètres au cours du temps

Nous pouvons imaginer de réaliser un suivi quotidien ou hebdomadaire des valeurs d'un paramètre de santé au cours du temps afin d'évaluer l'impact, par exemple, de mesures hygiéno-diététiques ou d'un traitement médicamenteux. Cette tâche renvoie à ce qui est déjà effectué par certains infirmiers, généralement au domicile du patient, pour le suivi de valeurs de glycémie, tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène ou poids.

ii. Renouvellement d'ordonnances

Le renouvellement d'ordonnances peut se faire selon deux modes : *subsidiarité* où le patient bénéficie d'un changement ou adaptation de son traitement (l'infirmier agit donc en autonomie) ou de *complémentarité* où l'infirmier renouvelle des traitements chroniques (sans adaptation de ce dernier, mais en en vérifiant toujours l'adéquation). La prescription infirmière ne peut être introduite dans un pays où elle n'existe pas directement et complètement (21) : il convient de l'introduire progressivement par exemple en commençant par les prescriptions non-médicamenteuses (produits non soumis à prescription, pansements, etc) puis dans une deuxième phase sous forme complémentaire (renouvellement d'ordonnance *stricto sensu* pour des patients ne pouvant se rendre au cabinet du médecin traitant) et seulement dans une troisième phase la prescription médicamenteuse étendue (21). Prescrire un médicament, que ce

soit en renouvellement ou de novo, représente une responsabilité ainsi qu'un acte intellectuel reposant sur de solides connaissances qu'il convient de maîtriser, rendant indispensable une formation en pharmacologie (21). La revue Laurant et al. (2018) montre qu'il existe peu ou pas de différence au niveau du taux de prescription entre médecins et infirmiers (20).

iii. Consultation orientée vers le patient et ses difficultés face à la maladie

Le médecin n'a pas eu de formation pour gérer les problèmes d'ordre plus social que médical, or ces consultations sont de plus en plus fréquentes : le patient se présente chez son généraliste quand les réponses de la société ne l'ont pas aidé (« *tout paraît guérissable, et pourquoi pas les maux sociaux ?* » (6)). Malheureusement, « [le MG] *n'est évidemment pas outillé et il n'a ni la formation ni le temps nécessaire. Il peut donc médicaliser la plainte et agir sur les conséquences des problèmes sociaux vécus par le patient mais il peut très difficilement agir sur les causes* » (6). Alors que l'infirmier, grâce à sa formation, peut agir pour trouver des solutions adaptées à ce problème.

iv. Suivi du patient chronique

L'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population en Belgique vont conduire à une augmentation des consultations de suivis chroniques et donc de la demande de soins (7,11). « *Une infirmière expérimentée est capable de suivi chronique, de détecter le caractère urgent d'une pathologie aiguë* » (médecin 134), ce médecin rejoint les études démontrant que les infirmiers ont des résultats comparables (hémoglobine glyquée) voire meilleurs (tension artérielle) que les médecins dans le suivi des maladies chroniques (20). Notamment par une meilleure compliance et des consultations plus longues qui conduisent à une meilleure compréhension de la maladie et les patients reprennent plus vite rendez-vous pour le suivi (20). L'infirmier en pratique avancée pourrait également modifier ou renouveler le traitement du patient en fonction de son identité unique, il n'existe pas de différence significative au niveau de la prescription entre les médecins et les non-médecins (23). Dans un suivi chronique, le *diagnostic infirmier* prend tout son sens, en opposition au *diagnostic médical* réalisé par le médecin, permettant de s'intéresser à d'autres paramètres de la santé du patient comme par exemple le ressenti face à la pathologie et les conséquences de celle-ci, qu'elles soient réelles ou potentielles.

b. Les tâches de prévention de la santé

i. Gestion du dépistage des maladies sexuellement transmissibles

Actuellement, il existe peu de données évaluant la gestion de la santé sexuelle par les infirmiers en pratique avancée (24), la santé sexuelle restant le domaine du médecin généraliste en première ligne de soin. Cependant, les infirmiers pourraient avoir un impact plus important sur la prévention en santé sexuelle : par l'information sur les contraceptions existantes, la réalisation de dépistages à la demande (VIH, frottis cervical) ou la vaccination contre les papillomavirus par exemple (13).

ii. Gestion des dépistages des cancers

Le dépistage du cancer est par définition « *un effort organisé pour détecter un cancer à un stade précoce* », et selon la Fondation contre le Cancer « *le dépistage n'est pas un luxe* ». Il y a un enjeu de santé publique, et chaque praticien devrait être concerné par le dépistage et la prévention des différents cancers. L'infirmier et le médecin généraliste sont tous les deux en première ligne dans la prise en charge de mesures de prévention et de dépistage qui passent par des actions à large échelle (tracts dans la salle d'attente, convocation des patients dans le cadre des dépistages organisés, rappels des échéances de réalisation des examens) mais aussi de la prévention des facteurs de risques individuels du patient (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, obésité, exposition aux rayons du soleil ou à des rayons irradiants ...) (11,13,20). La prévention passe avant tout par l'éducation des patients : comprendre ce qu'est un dépistage, dans quels cas ils peuvent être réalisés et dans quel but. L'infirmier pourrait alors être amené à réaliser les demandes de kits de dépistage du Cancer Colo-Rectal (CCR) ou de mammographie chez les patients entrant dans les recommandations par exemple. Ces démarches doivent se faire en accord avec le médecin traitant du patient et répondre à des recommandations scientifiques.

iii. Gestion des dépistages de maladies chroniques

L'infirmier est tout à fait apte à mesurer une tension artérielle ou une glycémie au doigt et d'obtenir une valeur correcte de celle-ci (20) et cela permet déjà de réaliser un suivi de deux facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients. De même, ces deux mesures permettent de dépister des maladies qui sont maîtrisables avec des mesures non-thérapeutiques et/ou thérapeutiques afin de limiter la survenue de potentielles complications. Il y a donc tout un intérêt au suivi de ces paramètres pour pouvoir prendre en charge immédiatement ces pathologies par des mesures éducationnelles dans un premier temps et thérapeutiques si nécessaire dans un esprit complémentaire et collaboratif au médecin traitant.

iv. Gestion des calendriers et rappels de vaccination

Cf. point **IV.2.B.iii** : Réalisation de vaccination

c. Les tâches d'éducation du patient

Les consultations infirmières peuvent avoir un but purement éducatif pour le patient (25). En éduquant le patient à sa maladie, celui-ci devient plus autonome dans sa prise en charge (diabète, hypertension, etc ...). Augmenter l'autonomie du patient dans sa prise en charge va avoir pour objectif à la fois de responsabiliser le patient mais également de diminuer la survenue de crises aiguës et donc de diminuer les hospitalisations. Les études ont montré que les infirmiers donnent plus d'informations au patient que le médecin (26), ce qui se traduit par ce versant d'éducation du patient.

i. Éducation du patient à l'utilisation de dispositifs d'inhalation

Dans les pathologies pulmonaires, un contrôle optimisé de la maladie est essentiel. Encore trop souvent, les techniques d'inhalation ne sont pas enseignées aux patients. Or ces techniques de prises de dispositifs d'inhalation sont essentielles à un bon contrôle des pathologies pulmonaires, et sont encore trop souvent le lit des exacerbations. Il est essentiel de vérifier avec le patient que la technique de prise est adaptée (par rapport à leur santé en général), que le patient sait et peut utiliser le dispositif (force suffisante pour armer, coordination du souffle adaptée, etc) et que le patient comprend l'intérêt et l'implication d'un traitement de fond. Augmenter l'éducation aux techniques d'inhalation a prouvé un effet d'augmentation de la compliance à la thérapie d'inhalation dans le cas de l'asthme (27). Le recours à un infirmier qui prendrait le temps nécessaire pour éduquer le patient après la prescription d'un dispositif d'inhalation permettrait de réduire les erreurs et le manque de compliance du patient (11). Une vérification au moins une fois par an de la technique d'inhalation serait également utile (27).

ii. Éducation du patient à son diabète

Le nombre de patients diabétiques ne va cesser d'augmenter durant les prochaines années et il faut pouvoir y faire face (28). À l'image de l'infirmier en trajet de soins (qui est déjà une forme de pratique infirmière avancée), un infirmier en pratique avancée est apte à gérer le suivi d'un patient diabétique (11,13,28). Il a été montré que l'ajout d'un infirmier en pratique avancée dans le suivi était efficace pour diminuer les valeurs d'hémoglobine glyquée, notamment chez les patients avec un diabète déséquilibré (28). En outre, une efficacité a également été démontrée sur les comorbidités : la tension artérielle, le taux de cholestérol LDL et le poids

(20,28). Le suivi par consultation infirmière, au cabinet ou par téléphone, permet d'augmenter la compliance du patient et de réduire le frein financier du coût de la consultation (28). L'éducation du patient reste primordiale dans la compliance : il doit comprendre sa maladie, son traitement et l'importance du suivi pour prévenir les complications (comme par exemple les rétinopathies ou les complications cardiovasculaires). Le patient devra néanmoins rester proactif dans la prise en charge de sa maladie et l'infirmier pourra l'aider à gagner cette autonomie, restant disponible si le patient en a besoin.

iii. Éducation du patient face à l'obésité

La prise en charge de l'obésité, maladie de notre société actuelle, par un infirmier en pratique avancée va reposer sur le diagnostic infirmier qui permettra de coordonner les différentes prises en charge du patient (29) : médical, psychologique, diététique par exemple. La régularité du suivi garanti par l'infirmier ainsi que le temps consacré vont permettre d'approfondir la demande du patient et d'identifier les habitudes de vie sur lesquelles on pourra agir en accord avec les recommandations de bonne pratique. L'obésité représente le 3^{ème} facteur de risque de mortalité en Belgique et mérite donc d'y investir du temps (29,30) : à la fois dans sa prise en charge mais également dans sa prévention. Le médecin reste important à la fois pour son diagnostic médical, pour renforcer la prise en charge et limiter l'impact sur la santé du patient. L'infirmier pourra évaluer l'impact de cette obésité sur la vie du patient et revoir avec lui les mesures hygiéno-diététiques et comment appliquer celles-ci dans sa vie actuelle.

4. Avantages et inconvénients du partage des tâches

a. Le facteur temps

Le temps se présente comme un avantage de l'aide à la consultation car elle va permettre de dégager du temps de consultation, permettant d'augmenter le nombre de consultations du médecin ou d'augmenter le temps dédié à chaque patient vu. Pour une même durée de consultation, le médecin aura plus de temps pour réfléchir à la maladie et au suivi du patient. Mais les médecins pointent du doigt la crainte que ce temps libéré ne soit consacré à des tâches plus complexes, plus énergivores ou soit compensé par de nouvelles activités (coordination, supervision, formations, ...) (8,26).

Les médecins interrogés ont mis en avant que l'aide à la consultation nécessite une formation, une organisation et une supervision de l'infirmier qui vont nécessiter du temps également. Plus le médecin et l'infirmier seront investis, plus ils devront consacrer du temps à la coordination. Les infirmiers sont déjà surchargés de travail actuellement et une pénurie

commence à s'installer, la demande de soins est toute aussi forte que chez les médecins généralistes, et le temps libéré est en général consacré à d'autres patients ou d'autres soins (8).

b. Le facteur financier : financement de la pratique et revenus des praticiens

Dans notre société actuelle, l'impact sur les revenus des praticiens ne peut être négligé et doit être abordé dans ce travail. Actuellement, il n'existe pas de nomenclature pour les infirmiers en pratique avancée, il n'existe donc pas de rémunération établie à l'heure actuelle. Le problème réside donc dans le fait que le médecin va voir autant ou moins de patients, va facturer moins d'actes (notamment les actes techniques, les consultations de suivi, ...) tout en devant payer un infirmier. Les médecins interrogés ne se voient pas financer un autre professionnel pour réaliser des tâches que eux-mêmes pourraient faire (13). Cependant, ces propos sont à nuancer : les résultats du questionnaire montrent que cette considération financière concerne surtout les médecins en pratique solo et les médecins à l'acte (cf. point **IV.5.B** : Cadre légal et volonté politique de changement). Certaines études ont également montré que les médecins qui voyaient leurs revenus diminuer avaient tendance à rechercher des revenus complémentaires dans d'autres activités (8,26). De plus, en externalisant certains soins auprès des infirmiers, le médecin aurait plus de temps pour pouvoir prendre une patientèle plus importante ce qui financerait, probablement en partie, le coût de l'infirmier.

Au niveau du coût financier des consultations infirmières pour la société, les différentes études réalisées ne montrent pas de différence significative entre les soins dirigés par un médecin et ceux dirigés par un infirmier (13,26). Le coût de la consultation serait diminué pour le patient, mais les infirmiers ont tendance à prescrire plus d'examen complémentaires ce qui peut conduire à un surcoût global pour la société (20,26,31). Laurant et al. concluait déjà en 2005 que « *même si le fait de faire appel à des infirmiers pourrait permettre de réduire les coûts salariaux, ces derniers pourraient demander davantage d'analyses et utiliser d'autres services, ce qui pourrait limiter les réductions des dépenses associées au remplacement des médecins par des infirmiers* » (31).

c. Une médecine efficace et performante ou une médecine au rabais ?

i. Efficace ou au rabais ?

« *Je crains que cela soit un projet de "médecine" au rabais pour le futur du secteur de la santé dans notre pays* » disait un médecin interrogé (médecin 51). La santé n'a pas de prix,

mais elle a un coût. Doit-on sacrifier la santé de nos patients pour une médecine moins coûteuse ? Comme le signale le CII en 2020, « *La crédibilité et la pérennité du concept d'IP reposent sur la formation suivie par l'infirmière pour acquérir les qualifications requises à l'exercice de cette fonction* » (4), il convient donc de ne laisser ces tâches qu'à des infirmiers correctement formés.

« *Le médecin doit de toute façon tout refaire lui-même car il ne peut pas prendre le risque que l'infirmière ait omis certaines tâches ou mal interprété les résultats. Déjà les assistants en médecine générale ne font pas convenablement les mesures préventives ni les mesures des paramètres* » dit un autre médecin (médecin 186). La crainte des médecins de déléguer des tâches qui dépasseraient les connaissances des infirmiers est bien ancrée. Les études et les revues de la littérature que nous avons pu consulter depuis la naissance de la pratique avancée montrent que la justesse et la qualité de l'examen clinique et des soins dispensés par les infirmiers en pratique avancée se rapproche étroitement de ceux réalisés par les médecins généralistes (4,5,20). Il conviendra donc de renforcer la vision et la connaissance du rôle des IPA chez ces médecins pour favoriser une relation de confiance (21).

ii. Suivi

La mortalité est plus faible dans les soins dirigés par un infirmier en pratique avancée (4,5,20) et le suivi est meilleur dans les soins en collaboration avec un infirmier parce que le taux de présentation aux consultations de suivi était légèrement plus important (20).

« *Une infi expérimentée est capable de suivi chronique, de détecter le caractère urgent d'une pathologie aiguë* » (médecin 134). Selon les médecins interrogés, le suivi global du patient pourrait être amélioré par le recours à une pratique de collaboration. Cependant, il y a une crainte que le suivi réalisé par le médecin généraliste soit moins bon car celui-ci verra moins souvent son patient et aura donc potentiellement accès à moins d'informations : « *moins bonne connaissance de l'évolution du patient si fréquence des contacts moindre...* » (médecin 99). La pratique infirmière avancée permet donc un meilleur suivi du patient dans sa globalité avec un taux de consultations ou visites de suivi plus important, mais en contrepartie, une relation médecin-patient qui peut sembler moins efficiente. Le médecin doit donc rester impliqué dans le suivi de son patient et éviter de déléguer sans superviser, des réunions d'équipe sont donc nécessaires pour que les informations de soins circulent de manière efficace et qu'aucune ne soit omise. Rester impliqué dans le suivi est donc nécessaire, et une délégation entière du suivi ne peut avoir lieu : une collaboration active est indispensable.

iii. Recours à la deuxième ligne de soins et hospitalisations

L'étude Roots et al. (32) a souligné que l'aide à la consultation permet de réduire de manière significative le recours aux services d'urgence, en lien avec l'augmentation de la disponibilité des médecins, ce qui est également démontré par le CII (4). Donc, en participant à une meilleure accessibilité de la première ligne, l'aide à la consultation permet de « *faire face à la prochaine pénurie de MG sans tout faire en 2° ligne* » (médecin 116). Les patients aigus pouvant être plus facilement vus le jour même et évitant une surcharge des services de garde ou d'urgence pour des problèmes de santé pouvant être aisément pris en charge en première ligne (16). Les hospitalisations et recours à la seconde ligne de soins semblaient être diminuées dans les premières études réalisées (32), mais ne semblent actuellement plus être réduites de manière significative (20,26), ce qui corrobore les propos recueillis dans notre questionnaire.

iv. Se former pour être efficace

L'infirmier n'est pas toujours formé à toutes les tâches qu'il pourrait être amené à réaliser et, même s'il est formé à celles-ci, il convient de réaliser un écolage afin d'éviter les incohérences durant la prise en charge du patient. Chaque tâche, qu'elle soit technique, administrative ou éducationnelle doit répondre à des standards (Evidence Based Medicine [EBM]), être correcte et efficace. Il convient donc de s'assurer que chacun est formé à la tâche qu'il réalise, qu'il sait la réaliser et que ça atteint les standards. Des guidelines sont nécessaires pour codifier les prises en charge et minimiser le risque d'erreur.

Actuellement les infirmiers ne sont pas formés à ces prises en charge avancées et certaines tâches vont donc dépasser leurs connaissances, mais correctement formées « *les infirmières peuvent fournir des soins avec une meilleure satisfaction du patient et des résultats de santé similaires par rapport au médecin* » concluait déjà Horrocks et al. en 2002 (cité par (26)), et depuis cette affirmation a été étoffée par de nouvelles études (13,20,26).

« *Travailler en équipe demande un investissement propre ; chaque équipe doit avoir une direction, il faut comme médecin (par définition individualiste en ayant l'habitude de prendre des décisions) apprendre à se concerter, à diriger une équipe, à faire de la 'politique' de groupe,..... ça demande du temps et des connaissances (formation) supplémentaires* » (médecin 171) : comme le signale ce médecin, la formation ne concerne pas uniquement les infirmiers, mais concerne également les médecins. Développer une collaboration entre praticiens, superviser un infirmier, coordonner une prise en charge demande des compétences qui vont au-delà du médical et qui peuvent s'apprendre en se formant correctement (Cf. point **IV.5.C** : Formation du médecin généraliste et de l'infirmier).

d. Une médecine pluridisciplinaire

« La “pensée en silo” est dépassée et l’interdisciplinarité est l’avenir », comme le cite le rapport du SPF Santé Publique de 2018 au sujet de la pratique de l’art infirmier (12).

i. Multidisciplinarité : pluridisciplinaire ou interdisciplinaire ?

Les avantages de la pratique pluridisciplinaire sont certains et connus (6). L’avantage de travailler à plusieurs permet d’avoir des visions différentes et complémentaires de la santé du patient : « À l’ONE, les consultations se font en binôme : Il y a plus dans 2 têtes, 2 regards que dans 1 » (médecin 98). Avoir plusieurs intervenants au sein de la relation va permettre d’avoir des contacts différents avec le patient (et donc de maximiser les informations de santé) et de permettre d’avoir un certain regard extérieur sur la prise en charge du patient. La vision pluridisciplinaire va donc conduire à une gestion plus globale de la santé du patient, notamment sur les prises en charges complexes (émotionnellement et pathologiquement). L’intervention de l’infirmier va permettre de “soulager” un peu le médecin dans certaines situations, par exemple les soins palliatifs.

Au-delà de la prise en charge pluridisciplinaire, il convient d’envisager un partage réellement complémentaire en intégrant les soins dans une vision interdisciplinaire de la médecine (6). Dans ce cas, l’infirmier et le médecin travailleraient en étroite collaboration et en intégrant leurs soins respectifs, pour mieux répondre à la demande du patient. « L’interdisciplinarité peut et doit s’apprendre » (6), car elle nécessite « une bonne communication, une organisation et une coordination » (6). L’apprentissage du travail pluridisciplinaire est une réalité qui tranche avec la conception bien ancrée de la médecine générale solitaire où le médecin généraliste doit savoir et pouvoir tout faire tout seul : « De toutes façons, les associations seront inévitables : le médecin seul, qui fait tout, sera bientôt de l’ordre du passé simple, et non passé composé ! » (médecin 177).

ii. Organisation

Travailler en collaboration avec un infirmier au sein de son cabinet ou de sa maison médicale nécessite une organisation particulière. La majorité des médecins généralistes belges travaillent actuellement en pratique solo ou en association de médecins et ne disposent généralement que d’un seul local. Le manque de place va donc décourager certains médecins à collaborer de cette manière : « Il faudrait un 2° local disponible pour celle-ci : nécessité de réaménager un cabinet déjà existant !!! » (médecin 20). L’avantage des maisons médicales est donc non-négligeable face à la place supplémentaire disponible, un infirmier déjà présent et

l'organisation pluridisciplinaire de la médecine : « *En maison médicale, contacts quotidiens avec l'infirmière du fait des mêmes locaux donc plus de tâches peuvent lui être confiées, dans certaines limites comme dit plus haut* » (médecin 121).

La médecine pluridisciplinaire demande également de tenir informés les autres praticiens. Des réunions de collaboration doivent être prévues entre le ou les médecins et le ou les infirmiers (et éventuellement les autres praticiens associés) afin de pouvoir discuter de la prise en charge du patient et de garantir la continuité des soins (13).

iii. Supervision

Quel que soit l'acte posé par un infirmier, il doit toujours répondre à la demande d'un médecin, être réalisé sous sa supervision et validé par lui. Il est donc important de définir un cadre de travail et de fixer des limites (13,26). Cette supervision nécessite de pouvoir être disponible, de devoir y consacrer du temps et d'être définie. Elle prend du temps, mais est nécessaire et ne peut être oubliée (13), même si elle représente une demande de temps importante. Certaines tâches pourront néanmoins être réalisées en toute autonomie et nécessiteront des réunions de suivi, parfois chronophages, mais essentielles pour garantir le suivi du patient et la confiance entre les différents prestataires de soins (13).

iv. Apprendre à travailler ensemble

Pour travailler ensemble il est important de pouvoir se connaître, connaître sa discipline et celle des autres mais aussi ce que les autres (professionnels et patients) attendent de notre propre discipline (19). La confiance et l'acceptation des infirmiers et de leurs compétences par les médecins est un facteur essentiel à un partage de tâches efficace (13,32). Pour avoir une qualité de soins du patient et une aide à la consultation efficace, il convient d'avoir une définition claire des rôles de chacun (13). Il est également essentiel de se faire confiance et connaître les compétences et limites de chacun.

« *Mais il y a également des obstacles culturels, en particulier la conviction bien ancrée chez les médecins qu'ils collaborent avec les infirmières, alors que celles-ci se sentent toujours aussi peu écoutées, voire même parfois peu respectées par le corps médical* » (33). Même s'il reconnaît les compétences de l'infirmier, le médecin a le sentiment de perdre le contrôle de la consultation, du suivi et même du diagnostic en perdant son rôle central de médecin traitant. Il convient donc de faire attention aux non-dits au sein de la collaboration médecin-infirmier et de prévoir des temps d'écoute et de parole afin que chacun puisse s'exprimer librement et permette de régler les désaccords de manière satisfaisante (13,25,33).

v. Qui est responsable ?

« *Qui est responsable des actes infirmiers en cas d'erreur ?* », cette question est revenue de nombreuses fois dans le questionnaire. Tout dépend de l'organisation interne, du type de tâche et du type de pratique. « *Dans le cas de la délégation, la responsabilité des actes repose sur le professionnel qui délègue (...). En revanche, dans le cas des transferts de compétences vers un autre professionnel de santé, c'est ce dernier qui devra assumer la responsabilité de ses actes* » (Coumau 2005, cité par (26)). La responsabilité incombe à l'infirmier ou au médecin en fonction du type d'acte réalisé et du cadre dans lequel ce dernier est réalisé. Dans tous les cas, l'infirmier travaille sous la supervision du médecin généraliste au sein de son cabinet, et ce dernier sera responsable, au moins en partie, des soins prodigués à ses patients (25).

vi. Qu'en est-il du secret médical ?

Ce que nous dit le patient doit rester privé au sein de notre relation médecin-patient : le secret médical est une obligation légale et déontologique (prévue notamment par la Loi relative aux droits du patient [**Annexe V.B**]). Vu comme un frein (6), il peut représenter une barrière au développement de ce type de pratique. Le Code Pénal (**Annexe V.A**) prévoit le secret professionnel mais ne le définit pas, cette tâche étant réservée aux Codes de déontologie de chaque profession. Ceux-ci (**Annexe V.C**) estiment que pour une pratique efficace, un certain partage d'informations entre praticiens est nécessaire à la condition obligatoire que le patient donne son accord. Le secret médical peut donc être partagé en s'assurant de l'accord du patient et que le praticien soit également soumis au secret médical et impliqué dans la relation thérapeutique au patient. Seules les informations médicales pertinentes au soin du patient, dans sa dimension bio-psycho-sociale, sont partagées.

e. Une valorisation ou une dévalorisation du professionnel de santé ?

Un des médecins interrogés signalait que sa crainte face à l'aide à la consultation était de « *dévaloriser notre utilité et notre importance auprès des patients* » (médecin 118). Le médecin généraliste aurait-il encore le même impact auprès des patients ? Son rôle n'en deviendrait-il pas moindre ? La notion de dévalorisation du métier de médecin généraliste est évoquée comme une des limites principales au développement des infirmiers en pratique avancée (26). Cependant, dans une moindre mesure, certains évoquent au contraire une revalorisation de la profession diminuant les tâches administratives et non-médicales au profit de formations, recherche, prise en charge plus complexes et coordination (8). Le médecin généraliste pourrait même développer des tâches qui appartiennent traditionnellement à la seconde ligne en

Belgique, mais qui sont réalisées par la première ligne de soins dans d'autres pays, comme par exemple le suivi de grossesse, le suivi pédiatrique, la petite chirurgie, la psychothérapie, la dermatologie, l'échographie ou le recours à d'autres pratiques que le médecin affectionne particulièrement (8,26).

Cette pratique pourrait également permettre de revaloriser la pratique des arts infirmiers en permettant un rôle étendu qui valorise leurs compétences (9). Cependant, il ne faut pas oublier la notion d'*envie* au sein de cette délégation : l'infirmier ne doit en aucun cas être présent pour réaliser les tâches ingrates du médecin que ce dernier n'a pas envie de réaliser. En outre, il deviendrait un nouveau référent pour le patient et augmenterait donc ses responsabilités vis-à-vis de ce dernier, diminuant sa dépendance au médecin et favorisant son autonomie dans sa pratique (8).

La revalorisation des deux disciplines, si elles sont encouragées par les pouvoirs publics en place et par les praticiens sur le terrain, pourrait permettre d'attirer plus de jeunes vers les études de soins de santé et permettre de limiter, dans une certaine mesure, la pénurie vécue actuellement.

f. Pouvoir faire face à la pénurie dans les soins de santé et faire face au futur

i. Pénurie de médecins

Déjà en 2012, les chiffres étaient parlants (7), la pratique de la médecine générale évoluait fortement : sur les dernières années les patientèles ont grandi, le nombre de contacts-patient augmente, la fréquence des contacts par patient diminue et les visites sont remplacées par des consultations. De plus, les médecins sont de plus en plus âgés (7,34), et cela va conduire à une pénurie qui s'intensifiera d'ici quelques années si la profession ne se renouvelle pas. Même si le nombre de médecins généralistes augmente légèrement (selon les données de l'INAMI), cet accroissement ne permet pas de compenser la demande sans cesse croissante en première ligne de soins et les départs à la retraite ou la diminution d'activité des médecins plus âgés. « *Les effectifs des générations plus récentes ne seront pas suffisants pour remplacer cette perte d'activité, ce qui pourrait considérablement modifier la manière de pratiquer la médecine de première ligne* » (7). Les médecins généralistes interrogés ont souligné que la collaboration avec un infirmier pourrait permettre de compenser, dans une certaine mesure, cette pénurie de médecins généralistes, rejoignant l'étude Oberweis et al (9). Mais certains médecins interrogés voient d'un mauvais œil le développement de l'aide à la pratique médicale car elle pourrait

nuire aux volontés politiques ou éducatives de renforcer l'attrait pour la médecine générale. Ce qui risque donc d'accentuer cette pénurie au lieu de diminuer son impact.

ii. Pénurie d'infirmiers

En Belgique, il existe plus d'infirmiers formés et diplômés que de médecins (rapport de 3,6 infirmiers par médecin (5)), ils constituent donc une force de travail non-négligeable. Mais ils sont actuellement en sous-effectif et la crise du coronavirus ne fait qu'aggraver la situation. La pénurie devenant préoccupante au niveau mondial (9,21), la substitution des médecins par des infirmiers a-t-elle du sens ? Une des pistes apportées pour répondre à cette question est d'accepter de déléguer des tâches infirmières à des aides-soignants (comme le cas durant la crise COVID-19) afin de libérer les infirmiers pour des tâches plus complexes : « *il manque déjà des infis pour les soins, donc des soins infis devraient être plus confiés à des aides-soignantes (comme les toilettes simples)* » (médecin 130).

De plus, comment peut-on justifier de leur déléguer les tâches que les médecins n'auraient pas envie de réaliser ? La notion d'*envie* a ici toute son importance, car pour que ce partage de tâches soit efficace, que tous les travailleurs s'investissent intégralement, il faut qu'ils aient envie de réaliser ces tâches. Si le travailleur est déjà surchargé de travail, il ira forcément vers les tâches qui le valorisent le plus et qui lui donnent un sentiment de satisfaction, et qui sont rémunérées (25). Si les tâches sont valorisantes et que le professionnel en tire un sentiment gratifiant, c'est toute la profession qui est mise en avant (9) et augmentera son attrait chez les jeunes.

g. Une meilleure qualité de vie ?

La notion de qualité de vie du médecin généraliste est de plus en plus prise en compte par les jeunes médecins (7), qu'ils soient des hommes ou des femmes. La conception de la médecine générale se modifie donc. La pratique de groupe est progressivement en train de devenir la règle, avec des horaires réduits et une plus grande proportion de temps partiels (7). Cette nouvelle conception de la médecine générale entre parfois en collision avec la plus grande demande des patients, de plus en plus exigeants (32). Cela mène à une diminution progressive du nombre de médecins en zone rurale, avec un fossé qui se creuse toujours plus face aux zones urbaines (7). Cela mène donc à une surcharge de travail des médecins généralistes et des horaires à rallonge. « *En médecine générale, on ne compte pas les heures* », signale un médecin interrogé (médecin 115), ce qui diminue également l'attrait de la médecine générale.

L'étude Roots et al. a montré que l'intégration d'un infirmier en pratique avancée permettait d'augmenter la satisfaction des praticiens et d'améliorer l'organisation sur le lieu de travail (32). L'aide à la pratique pourrait signifier moins de travail pour le médecin, qui serait aidé, notamment pour les patients difficiles ou très demandeurs. Cela permettrait au médecin de pouvoir être "soulagé" de ces patients en dissolvant le lien thérapeutique comme le dit un médecin interrogé (médecin 156). Cependant, les seules tâches réalisées par les médecins seront des tâches plus complexes, nécessitant plus d'énergie. Ils seront plus souvent confrontés à des patients malades et moins de patients en bonne santé (8), alors que pouvoir se confronter à des patients en bonne santé permet aussi au médecin de diminuer sa charge mentale et avoir une vision positive de la santé de ses patients. Voir les patients dans une situation où ils sont en bonne santé (dans le sens de bien-être physique et mental et non pas l'absence de maladie ou de pathologie) est nécessaire au médecin généraliste et permet de favoriser la relation médecin-patient et la pérennité de celle-ci. Ne voir que des patients malades peut favoriser le burnout du médecin : la satisfaction de voir son patient aller mieux étant nécessaire à son bien-être (32).

L'aide à la pratique est ici une arme à double tranchant, car elle va permettre au médecin d'avoir plus de temps pour d'autres tâches (les formations scientifiques, le maintien des connaissances, la gestion des cas complexes, ...) mais nécessite également un investissement personnel plus important, le médecin devant y consacrer du temps et de l'énergie. Cet investissement personnel est jugé trop important par certains médecins par rapport au bénéfice qu'il peut apporter. D'autres généralistes voient d'un bon œil la diminution de leurs tâches, sans vocation à les remplacer par de nouvelles, afin de profiter de plus de temps personnel et de se prémunir de l'épuisement professionnel (8). Enfin, travailler de manière pluridisciplinaire et plus approfondie au niveau de la prise en charge globale va mener à une plus grande satisfaction du médecin dans sa vie professionnelle (32).

h. Entre le médecin et l'infirmier : le patient

i. Dissolution du lien médecin-patient

Qui dit pluridisciplinarité, dit plusieurs intervenants, et donc moins de contact potentiel avec chaque praticien individuel mais une prise en charge augmentée au niveau global. Ainsi que le dit ce médecin, « *Je crains que le temps gagné se perd au niveau contact patient, être médecin n'est pas uniquement superviser des paramètres biologiques pris par quelqu'un d'autre et appliquer un algorithme* » (médecin 51) : le risque est de voir se dissoudre ce lien unique existant entre le médecin généraliste et le patient, constatation qui est un des points les plus

marquants pour les médecins généralistes. La nécessité de reconstruire une nouvelle dynamique et un nouveau lien dans cette nouvelle pratique marquera le lien du futur qui existera entre médecins et patients. À l'image du modèle anglo-saxon, les médecins craignent que l'infirmier ne représente une "barrière" emprisonnant le médecin, celui-ci n'étant accessible qu'après que l'infirmier ait donné son accord. Le patient sera donc moins facilement en contact avec son médecin traitant car celui-ci sera moins accessible.

Mais les médecins voient également une certaine amélioration du contact au patient grâce notamment au diagnostic infirmier permettant d'avoir une vision de la santé du patient dans sa globalité. Les infirmiers ont également un contact différent permettant de recueillir d'autres informations parfois plus personnelles au sujet du patient. Les informations de santé nécessaires à la prise en charge sont donc plus complètes.

ii. Quand le patient se retrouve pris dans des tirs croisés

Le patient ne doit pas se retrouver au milieu des tirs croisés de l'infirmier et du médecin. Une bonne relation entre les différents intervenants est nécessaire pour ne pas prendre des décisions contradictoires voire incohérentes pour le patient (35). Il faut une continuité dans les soins, une ligne de conduite. Ce rôle essentiel doit être assumé par le médecin généraliste qui devient le coordinateur de soins et va jouer le rôle de superviser les soins, éviter les erreurs et donner le fil rouge de la conduite à tenir. Si les deux praticiens ne se font pas confiance et se font concurrence, il est fort à parier que ce sera le patient qui en payera le prix. « *Si chacun reste dans son champ et dans sa logique, les choses peuvent se chevaucher et donner certains résultats mais elles peuvent surtout entrer en concurrence et ne pas aider le patient à se structurer* » (6). L'important est de pouvoir avoir un langage commun de communication reflétant la dynamique de collaboration ("en tant qu'équipe nous pensons que ...") (12).

iii. Acceptation difficile par le patient mais une meilleure satisfaction des soins ?

« *La confiance des patients est limitée à peu de personnes* » estime ce médecin interrogé (médecin 33), et un autre estime que « *le plus important en médecine générale est la relation de confiance... Et cela prend du temps et est difficile à partager* » (médecin 58). Ce type de pratique a mis en avant un point crucial : il ne faut pas oublier que le patient est au centre du soin. Que ce soient les patients, leurs familles ou les autres professionnels de santé, voir le médecin s'aider d'un infirmier en pratique avancée peut parfois être vu comme un

désinvestissement de la part du médecin (8). Les patients se sentent moins en sécurité quand ils perdent le contact avec leur médecin traitant (13).

Les médecins interrogés relèvent la difficulté d'intégrer un soignant supplémentaire à la consultation de médecine générale et au sein de la relation particulière médecin-patient. L'inconvénient réside dans le fait que « *les patients qui, par rapport à leur médecin généraliste, restent très attachés et n'acceptent pas facilement que ce soit un autre qui les reçoive/les examine/prescrive leur traitement chronique, alors qu'en milieu hospitalier, ils trouvent cela tout à fait normal* » (médecin 139) : dans notre métier les patients ont besoin d'un référent qu'ils trouvent en leur médecin traitant. Même si les jeunes patients sont de moins en moins attachés à leur médecin traitant et acceptent plus facilement la pluralité de la discipline des soins primaires (8), les personnes âgées restent plus réfractaires au changement de leurs habitudes et à la pluralité des intervenants (8). De plus, la nature particulière de la relation de confiance généraliste-patient, en opposition à la médecine spécialisée, est en opposition à un transfert des tâches. Le médecin généraliste ancre cette relation de confiance dans les actes du quotidien (prendre une tension, réaliser une prise de sang ou un vaccin). Cela permet de se rapprocher du patient, de gagner sa confiance et d'entrer dans sa bulle. Une relation plus profonde. Déléguer certains actes, ou les partager avec un infirmier romprait les liens qui sous-tendent cette relation médicale si particulière.

La nature du problème médical va également influencer la préférence du soignant, en effet « *les infirmiers pourraient être préférés quand le patient pense que son problème est "mineur" ou "de routine" mais les médecins sont préférés lorsque le problème est vu comme "sérieux" ou "complexe"* » (31).

Pourtant les études ont montré que les patients sont légèrement plus satisfaits lorsque les soins sont dirigés par des infirmiers (5,4,20,26,36), une des raisons avancées est le lien traditionnellement *maternant* des infirmières dans l'imaginaire collectif (qui repose plus sur la « *charité et l'amour de son prochain* » que sur « *l'expertise médicale* ») (12). Les infirmiers ont généralement plus de temps à leur consacrer avec des consultations plus longues, mais outre ce temps supplémentaire, la satisfaction était corrélée au déroulement des consultations (l'infirmier s'intéressant notamment plus à leur vie quotidienne) (36).

5. Freins et leviers au partage des tâches

a. Répartition démographique et environnement de pratique des professionnels de santé en première ligne de soins

Comme déjà abordé précédemment (cf. point **IV.4.F.i** : Pénurie de médecins), ce système se prête particulièrement aux zones rurales où la pénurie de médecins sévit progressivement (32). L'aide à la consultation doit être pensée, non pas comme un tout global, mais comme un éventail de possibilités pouvant être instaurées en fonction de la réalité du terrain. S'il peut s'implanter dans tout type de milieu, ce type de pratique gagnera en valeur à s'introduire dans des zones médicalement pauvres (11,32). « *Ce projet d'expérimentation de partage des tâches est peut-être un moyen d'attirer des jeunes pour s'installer dans ces zones où les heures de consultations sont longues et où le métier de généraliste implique de remplacer le rôle à la fois des pédiatres, psychologues, ophtalmologues* » (26). Si la démographie médicale est un levier pour ce type de pratique, le vieillissement et l'augmentation des pathologies chroniques le sont tout autant (4,11,32). La démographie hospitalière va également jouer un rôle important dans l'implémentation de la pratique avancée, la demande en soins de première ligne étant plus importante face à une deuxième ligne surchargée, perturbée (crise de la COVID-19) voire peu accessible (délais de consultation conséquents dans certaines spécialités) (32). Il existe un virage ambulatoire des soins de santé en Belgique, un transfert de la prise en charge de soins du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire dans une volonté de désinstitutionnaliser certains problèmes de santé (8). Si l'accès aux hôpitaux diminue, ou qu'il existe une plus faible proportion d'hôpitaux dans le secteur de travail, le recours à l'aide à la pratique médicale peut donc également présenter un intérêt (32).

D'après plusieurs études (13,25,32), et selon les résultats de ce travail, nous pouvons conclure que ce système de partage des tâches ne se prête pas à toutes les pratiques. L'intégration d'un système d'aide à la consultation est beaucoup plus aisée dans des cabinets de groupe où travailler en collaboration avec d'autres professionnels (médicaux ou paramédicaux) fait partie du quotidien. Développer de nouvelles manières de travailler ensemble ne représente pas fondamentalement de gros changements pour ces praticiens déjà habitués à travailler ensemble. Cela rend leur implémentation beaucoup plus ardue chez des médecins travaillant seuls et à fortiori dans des pays où la pratique privée et solitaire est dominante (comme la Belgique ou la France) (11,37). Au contraire, les rémunérations forfaitaires (par ex. par patient comme les maisons médicales au forfait) facilitent le développement de telles pratiques (37).

La récente crise de la COVID-19 a montré la fragilité de notre système de soins de santé et sa nécessité de se renouveler et de progresser continuellement. Ces crises de santé permettent de mettre à jour les limites de notre système et la nécessité de trouver des solutions. H. Catton, le Directeur général du CII, y voit des pistes de réflexion : « *La COVID-19 a révélé la faiblesse et la fragilité d'un grand nombre de nos systèmes de santé. Il n'y a pas de solution unique, mais nous passerions à côté d'une grande occasion en ne percevant pas que l'infirmière de pratique avancée constitue une énorme chance de développer et d'affermir les systèmes de santé* » (38).

b. Cadre légal et volonté politique de changement

C'est en 1908 que le premier Arrêté Royal (AR) introduisait la notion d'un certificat de capacité pour les infirmier et marquait le début de la professionnalisation du métier (12). En 1921 était introduite la formation obligatoire de trois ans en milieu hospitalier. Ce n'est qu'en 1974 qu'un AR (n°78) fixe le cadre de la pratique infirmière et des actes techniques qu'ils peuvent réaliser. À ce jour, il existe deux types d'infirmiers pouvant chacun devenir des infirmiers spécialisés :

- Les infirmiers A1 : détenteurs d'un diplôme de bachelier
- Les infirmiers A2 : brevetés de l'Enseignement Professionnel Secondaire Complémentaire (EPSC)

Un revirement en 2019 a eu lieu dans les positions politiques en introduisant au Moniteur Belge l'existence de la pratique infirmière avancée (**Annexe VI.C**). Ce texte de loi est l'aboutissement d'années de travail pour la reconnaissance de cette pratique, cependant, celle-ci reste symbolique et ne développe pas vraiment les rôles spécifiques à cette pratique avancée (9). Il conviendra dans le futur de définir ces fonctions particulières (9).

La loi prévoit également les actes que l'infirmier peut réaliser. Ceux-ci sont classés en 3 catégories :

- B1 : ne requièrent pas de prescription médicale
- B2 : requièrent une prescription médicale
- C : actes « confiés » (initialement attribués aux médecins mais peuvent être réalisés par des infirmiers sous supervision médicale).

« *La nomenclature des soins infirmiers (INAMI) est restreinte par rapport à ce qui se passe sur le terrain, notamment dans les centres pluridisciplinaires* » (8). En pratique, les infirmiers font ou pourraient faire plus d'actes que ce qui est autorisé et rémunéré (8). Cette limitation au niveau de la loi ne représente donc pas la réalité de leur formation. Sur le terrain, en particulier en maison médicale au forfait (où la rémunération salariale de l'infirmier ne pose

pas de problème par rapport aux indépendants), les infirmiers réalisent déjà ces actes, mais pas en pratique à l'acte où ça les encourage peu à élargir leur champ de compétences en-dehors de celles rémunérées (8). Un changement va donc être nécessaire au niveau de ces trois catégories d'actes qui devront être élargies (en particulier les actes confiés) (9).

c. Formation du médecin généraliste et de l'infirmier

La crainte d'avoir à collaborer avec un infirmier peu ou pas assez formé est prédominante chez les médecins généralistes belges. La pratique infirmière avancée, telle que décrite dans la Loi relative à l'exercice des professions de soins de santé, ne sera reconnue que pour ceux possédant un diplôme de Master en sciences infirmières au minimum pour une solide formation de base (ce qui rejoint les directives du CII (4)). Il y a donc une volonté politique à former correctement les infirmiers pour répondre au mieux aux exigences de ce nouveau rôle, ce qui répond aux recommandations internationales (3,4). Cette formation de master serait réalisée en 2 ans et permettrait d'apporter les connaissances spécifiques à ce rôle. Notons qu'elle sera disponible dès la rentrée 2021 en Wallonie à travers l'association de l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain), l'Université de Namur (UNamur), la Haute école de la Province de Namur (HEPN), la Haute école Louvain en Hainaut (HELHA) et la Haute école de Namur-Liège-Luxembourg (Henallux), un projet ambitieux témoignant de la volonté commune d'infirmiers toujours plus spécialisés (39).

La formation a également un rôle à jouer dans notre collaboration aux autres professionnels de santé qui sont amenés à devoir collaborer au terme de leurs études. Pourtant seulement un séminaire de groupe sur nos 9 années de cursus a été consacré à apprendre à se connaître. Pour travailler ensemble efficacement, il faut se comprendre, ainsi l'Hôpital Universitaire de Bellvitge (Espagne) demande aux médecins de passer 3 jours par mois avec les infirmiers durant leurs stages. Des initiatives similaires pourraient être introduites en Belgique afin de permettre de comprendre les spécificités propres à chaque discipline et renforcer le lien existant entre les deux professions pour avoir une véritable interdisciplinarité (« *intégrer les savoirs des disciplines différentes, les mettre en interaction* ») (6). Le médecin devra gagner en *leadership* pour superviser l'infirmier et coordonner les soins, ce qui n'est actuellement pas non plus abordé durant son cursus. Il faut connaître les spécificités des praticiens avec lesquels nous serons amenés à collaborer, les règles et limites de chaque pratique également afin d'organiser les soins d'une manière ordonnée, claire et efficace (13).

d. Le temps et l'argent

Comme toujours, et malheureusement, nous en revenons aux revenus du médecin généraliste. Un infirmier en pratique avancée est un coût financier non-négligeable qui ne peut actuellement être compensé. En effet, ils ne peuvent facturer leurs actes car ils ne sont pas prévus dans la nomenclature INAMI mais « *Il faudrait que l'acte infirmier bénéficie d'un code de nomenclature car il faudra rémunérer cet infirmier via les honoraires perçus* » (médecin 81). Une modification de la nomenclature doit donc être encouragée dans le futur afin que la pratique avancée puisse se développer en-dehors des maisons médicales au forfait (9). De même, des subventions pourraient permettre aux médecins d'engager des infirmiers et favoriserait donc l'implémentation des IPA (particulièrement dans les pratiques à l'acte) (9).

Si nous voulons revaloriser le travail des infirmiers et des médecins, il convient de ne pas voir l'aide à la consultation comme une délégation des activités que le médecin n'a pas le temps ou l'envie de faire. La pratique avancée doit être vue comme une activité complémentaire à celle du médecin pour augmenter l'efficacité de la prise en charge globale du patient. Avancer un argument de gain de temps est caricatural (car le temps gagné est généralement dépensé ailleurs, comme l'expliquent les médecins interrogés). L'aide à la consultation doit plutôt être vue comme une façon de renforcer la prise en charge et l'accès aux soins pour la population en augmentant son offre de soins primaires.

e. Culture et croyances des professionnels de santé

Malgré le développement de l'aide à la consultation dans de nombreux pays, notamment anglo-saxons, ainsi que dans les soins hospitaliers en Belgique, cette pratique reste encore très controversée en médecine générale. Une fracture existe entre les secteurs médicaux et infirmiers en Belgique, les pratiques restant majoritairement solitaires et monodisciplinaires (7).

Les médecins restent sceptiques face à un nouveau rôle de l'infirmier "*demi-médecin* qui volera leur travail". Car dans leurs compétences certaines tâches sont complémentaires à celles du médecin généraliste : certains y voient de la concurrence potentielle (9) et les infirmiers en pratique avancées se sentent donc « *isolés, mal accueillis et non supportés* » dans leur nouveau rôle, à la fois par les médecins et par les infirmiers traditionnels (35). Pourtant, le développement de ces aides n'a pas pour fonction de remplacer le médecin généraliste. Comme le dit si bien le Dr Laguë (40) « *Je crois sincèrement que la collaboration est la clé du succès, mais seulement lorsqu'on exploite les talents de chacun, pas quand on empiète sur les acquis des autres* ».

Alors pourquoi certains médecins se sentent-ils menacés par les infirmiers en pratique avancée ? Nous pensons qu'il est utile de rappeler qu'un des rôles principaux du médecin généraliste est de suivre son patient et de superviser ses soins tout au long de sa vie. Le médecin généraliste n'a pas pour seule vocation de diagnostiquer ses patients et de prendre en charge des pathologies, il a un rôle beaucoup plus profond de suivi, de sauvegarde des intérêts du patient, de coordination et d'une vision à long terme. Pour reprendre les mots du Dr Bourgeois-Law (40), « *les infirmières praticiennes ne deviendront une menace que si trop de médecins de famille exercent leur profession d'une manière sensiblement semblable à la pratique des infirmières praticiennes* ». Il est peut-être temps de repenser notre système et le rôle des différents praticiens des soins de santé, notamment celui des médecins généralistes pour revenir à un rôle plus central de réelle coordination des soins.

Il s'agit également d'un problème générationnel avec une conception ancestrale de la médecine vue comme l'infirmier subordonné au médecin et ne pouvant prendre de décision lui-même (9) : « *L'infirmière demeure aux yeux des médecins, encore et essentiellement l'exécutrice des soins prescrits au détriment de son rôle propre, peu ou pas reconnu* » (25), « *Nous sommes un peu victimes d'un héritage de soumission de l'infirmière qui fait des soins mais n'a pas besoin de réfléchir* » (9). D'après Oberweis et al. (9) le manque de confiance des médecins serait lié avant tout à un manque de connaissance et de compréhension relatives à la pratique avancée. Buff et al. (26) a montré que ces conceptions sont très ancrées chez les patients également : si l'on veut changer l'opinion publique, les médecins devront changer leurs propres conceptions (8,13,35). Il faut montrer que l'on a confiance en nos collaborateurs, que chacun a des capacités particulières et un champ de compétences propre qui augmente l'efficacité des soins lorsqu'ils sont joints. Montrons l'exemple pour faire changer ces conceptions chez les patients. La satisfaction du patient augmente également quand ses attentes sont justes, Barret et al. évaluant que « *des stratégies d'éducation publiques visant à sensibiliser le public à la nature particulière du rôle d'infirmier praticien devraient être envisagées* » (36).

Il est important de ne pas stigmatiser les professions (3,8), ainsi, en rédigeant ce travail, nous nous sommes rendu compte de l'importance des mots que l'on emploie au quotidien : *le médecin* autoritaire et paternel face à *l'infirmière* douce et maternelle (25). C'est pourquoi nous nous sommes efforcés de limiter le recours à cette vision stigmatisante des soins de santé en employant le masculin *infirmier* plutôt que le féminin. Cette forme est devenue la norme dans la littérature francophone traitant du sujet, renvoyant à l'anglais *nurse* qui est non-genré, pour aller dans le sens du renouveau actuel de la profession des arts infirmiers.

6. Limites actuelles et développement futur

a. Limites de la recherche théorique et pratique

Les recherches théoriques disponibles évaluent les pratiques dans un référentiel de temps et de lieu précis, et sont donc peu transposables en dehors du contexte étudié. Il convient donc de les utiliser avec précaution. Hélas, il existe peu de données belges ayant étudié le sujet du partage des tâches, et quand elles sont disponibles elles concernent essentiellement les maisons médicales ou le milieu hospitalier. Ces données sont donc généralisables avec beaucoup de prudence à la pratique de première ligne de soins.

Le point faible de ce travail est que le questionnaire n'a été envoyé qu'à des médecins généralistes. Des infirmiers ont été interrogés de manière informelle afin d'avoir leur ressenti, mais il serait intéressant dans une étude à plus large échelle et plus poussée d'avoir leur opinion sur la pratique avancée et son introduction en première ligne de soins. Dans la même optique, il conviendrait de s'intéresser aux patients et d'évaluer leurs attentes de chaque professionnel et de la prise en charge de leur santé ainsi que leur opinion face à ce type de pratique. Le patient doit rester au centre du soin, particulièrement en première ligne, et pour cela il conviendra de s'attarder à comprendre comment il accueillerait et intégrerait un tel système. Les limites fixées par les objectifs de ce travail ne m'ont pas permis de m'y intéresser de manière particulière, mais il conviendra de ne pas les sous-estimer dans un futur travail.

Ce questionnaire n'était pas obligatoire et de ce fait, il y a un biais d'enquête. Seulement 10 % des personnes sondées a répondu au questionnaire, c'est-à-dire que ce sont majoritairement les médecins intéressés par le sujet qui y auront répondu. La question est de savoir si la majorité des personnes qui n'ont pas répondu au questionnaire auraient répondu de la même manière. Cela entraîne également un biais de représentation, les maisons médicales étant surreprésentées par rapport à la réalité de la pratique médicale en Belgique.

La recherche moyennant le questionnaire a eu comme volonté de recueillir des données à la fois quantitatives et qualitatives, et de ce fait ce travail a été limité par ces dernières. Le nombre de professionnels interrogés pose donc la question de savoir si ces conclusions sont généralisables ou non, mais permet d'apporter des pistes de réponse dans un premier temps.

Ce travail s'inscrit dans une volonté de comprendre une pratique vaste de collaboration entre infirmiers et médecins, et ne s'attarde qu'à en effleurer la surface pour dégager les idées principales. Un travail plus approfondi sur chaque point abordé pourrait être réalisé mais sortait du cadre que nous nous étions fixé pour ce travail. Le sujet est vaste et beaucoup de points restent encore à aborder dans le futur mais les données permettent de dégager une tendance qui devra être analysée de manière plus précise et plus fine dans le futur. Comme le signale le CII

en 2020 à propose des infirmiers praticiens : « *Afin d'étayer la légitimité de la pratique des IP, il faudra poursuivre les recherches pour démontrer la valeur de ces infirmières en matière de prestation de services de soins de santé* » (4).

b. Limites au développement actuel

Actuellement, la pratique infirmière avancée est peu envisageable dans son intégralité. Le but de ce travail est de réfléchir à ce qui est réalisable dans le partage des tâches afin d'en dégager des intérêts et des pistes de réflexion concernant la collaboration entre médecins et infirmiers. Les positions légales et politiques actuelles ne permettent donc pas de développer une aide à la consultation entièrement aboutie, cependant la législation subit un virage qui verra se concrétiser de telles pratiques dans le futur. Il est donc essentiel de pouvoir y réfléchir maintenant et identifier les limites et les problèmes que supposeraient ou supposeront l'apparition de la pratique avancée en Belgique pour les médecins et plus particulièrement pour la médecine générale. Tout n'est probablement pas bon à prendre et tout ne peut être réalisé en pratique avancée. Il conviendra donc de définir dans le futur comment nous voulons que cette façon de travailler se définisse et comment nous voudrions l'appliquer.

« Il semble donc que comme dans tout processus de changement, l'élément temps d'introduction et l'effet générationnel ont joué et joueront encore un rôle très important. Au-delà de la simple répartition différente des tâches, se joue essentiellement une modification culturelle pour tous les partenaires : les professionnels de santé, les patients, les assureurs, mais aussi les pouvoirs publics » (Airelle Buff (26)). Le changement, pour pouvoir être efficace et accepté, doit être opéré à tous les niveaux : que ce soient les médecins, les infirmiers ou les autres intervenants des soins de santé, mais également les politiques et les services publiques fédéraux (9,35). Pour le futur des soins de santé en Belgique, il faudra *« veiller à ce que le remplacement et la prise en charge de tâches médicales ne priment pas par rapport aux tâches infirmières dans ces rôles, avec une expansion sans approfondissement clinique des soins infirmiers »* (26). La finalité n'est pas de créer un remplaçant au médecin, mais de créer une avancée dans le domaine des soins infirmiers pour renforcer la collaboration entre professionnels de la première ligne de soins de santé.

Même s'il est peu probable que ce type de pratique ne devienne légalement obligatoire, elle deviendra probablement la norme dans le futur, car comme certains praticiens l'estiment : les médecins généralistes n'auront pas le choix s'ils désirent survivre, *« Si le MG n'exploite pas cette opportunité en développant ses compétences son rôle sera vite caduque »* (médecin 149).

V- Conclusion

La pratique médicale est en constant changement pour s'adapter aux nouvelles réalités du terrain et des données scientifiques. Les médecins interrogés ont montré un intérêt certain à l'aide à la consultation et au partage des tâches entre infirmiers et médecins, comme en témoignent les réponses au questionnaire. Il s'agit d'un sujet d'avenir tant au niveau de la profession que de la collaboration entre les professionnels de santé, qui s'inscrit dans la volonté de travail pluridisciplinaire préféré par les plus jeunes médecins. Cependant, des limites ont été avancées face au développement de ce type de pratique qui ne peuvent être négligées. Chaque partage de tâche devrait être étudié de manière plus approfondie afin que son instauration réponde à un besoin de la population locale et des professionnels, et il faudra veiller à les réaliser en accord avec les envies et attentes de chacun au sein de sa profession afin que chacun se sente libre face à cette pratique (qui n'a pas pour finalité des créer des tensions entre professionnels).

Les pratiques étrangères nous permettent d'initier la réflexion au sein de nos propres pratiques et permet de prendre un certain recul sur le développement de l'aide à la consultation. Il existe de nombreux paramètres à prendre en compte, et toutes ces pistes de réflexion ou de partage de tâches sont difficilement applicables dans une pratique belge actuelle. La pratique avancée, encore émergente en Belgique, va probablement se développer dans l'avenir comme le souligne la législation et les volontés politiques, mais son développement va nécessiter d'importants efforts au niveau à la fois financiers et législatifs (nomenclature INAMI, formations adaptées, définition précise ...). Et cela face à des professionnels de la santé, médecins et infirmiers, encore mitigés face à la naissance de ces nouveaux rôles. Mais il convient de rester prudent face à la transposition de ces modèles d'une pratique à une autre. Il conviendrait donc dans l'avenir, de s'intéresser au ressenti des professionnels à plus grande échelle et également à la volonté des patients qui ne peut être négligée. Ce qui est appliqué dans d'autres pays doit être implanté en Belgique uniquement si cela répond à une demande ou une nécessité locale et chaque tâche devrait être analysée séparément afin d'en déterminer les avantages et les inconvénients. Se précipiter dans ces pratiques n'est pas la solution, leur développement doit rester réfléchi et étudié en profondeur.

Ce travail ne fait qu'effleurer la surface de l'aide à la pratique, mais permet de nous donner des pistes de recherche pour le futur afin d'en préciser les contours, les limites, les avantages réels, les possibilités d'introduction, les opinions des professionnels et un travail futur devrait s'intéresser à évaluer l'opinion des patients qui doivent rester au centre de la relation de soin.

VI- Bibliographie

1. Alvarez Irusta L, Belche J-L, Biston C, Buret L, D'Ans P. **Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone** [Internet]. Be.Hive, éditeur; 2020 [consulté le 2 févr 2021]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2078.1/227641>
2. Dubois F, éditeur. **Les maisons médicales, vous connaissez ?** [Internet]. Fédération des Maisons Médicales ; 2019 [consulté le 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/10651/876240e682bc1bef66b8f99ea46735c3f781c3c5/pdf/presentation_maisons_medicales_et_federation_-_depliant_2020.pdf
3. Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. **Synthèse de politique du CII - La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé.** (Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030). Genève, Suisse : Conseil International des Infirmières ; mai 2016. 13p.
4. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steincke M, Turale S, Pulcini J, et al. **Directives sur la pratique infirmière avancée** [Internet]. Conseil International des Infirmières ; 2020 [consulté le 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf
5. Maier CB, Aiken LH, Busse R. **Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation.** OECD Health Working Papers. Paris : nov 2017. Report No.: 98, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.
6. Ladavid S. **La première ligne, ce n'est pas que l'affaire des médecins généralistes !** Fédération des Maisons Médicales, éditeur. juill 2006 ; Santé conjugée, Course d'obstacle pour soins de santé primaires (37) : 51-2.
7. Meeus P, Van Aubel X. **Performance de la médecine générale, bilan de santé.** Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; 2012. 74p. D/2012/0401/11.
8. Dispas H. **Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins : Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise** [Travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en Médecine Générale]. Faculté de Médecine, Université de Liège ; 2013. Prom. : Jamart H, Crismer A, Firket P.
9. Oberweis N, Soranno S. **Pratique infirmière avancée : « Quelles représentations pour les soignants ? ».** Une étude qualitative [Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de Master en Santé Publique]. Faculté de Santé Publique, Université Catholique de Louvain ; 2020. Prom. : Fillion, Nataly ; Lardennois Miguel. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:24197>.
10. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. **La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français.** Santé Publique. août 2009 ; 21(hs1) : 27-38.
11. Delamaire M-L, Lafortune G. **Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries.** OECD Health Working Papers. Paris : juill 2010. Report No.: 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en..>
12. Sermeus W, Eeckloo K, Van der Auwera C, Van Hecke A. **Future of Nursing: improving health, driving change : Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en**

2017 sur ce thème. SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne Alimentaire et Environnement ; 2018. 29p.

13. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. **Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis.** Cochrane Database Syst Rev. 15 avr 2019 ; Issue 4, Art N°: CD010412. DOI: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
14. Bunn F, Byrne G, Kendall S. **Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction.** Cochrane Database Syst Rev. 19 juill 2004 ; Issue 3, Art N°: CD004180. DOI: 10.1002/14651858.CD004180.pub2.
15. Hansen EH, Hunskaar S. **Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios.** BMJ Qual Saf. 1 mai 2011 ; 20(5) : 390-6.
16. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. **Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia: Nurse management for patients with minor illnesses.** J Adv Nurs. août 2011 ; 67(8) : 1811-6.
17. Prescrire Rédaction. **Vaccin grippal saisonnier 2018-2019.** juill 2018 ; 38(417) : 507-8.
18. Atwood D, Wadlund DL. **ECG Interpretation Using the CRISP Method: A Guide for Nurses.** AORN Journal. oct 2015 ; 102(4) : 396-408.
19. Hoang A, Singh A, Singh A. **Comparing physicians and experienced advanced practice practitioners on the interpretation of electrocardiograms in the emergency department.** Am J Emerg Med. févr 2021 ; 40 : 145-7.
20. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. **Nurses as substitutes for doctors in primary care.** Cochrane Database Syst Rev. 16 juill 2018 ; Issue 2, Art N°: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
21. Ciampa A. **Facteurs socioprofessionnels entravant et facilitant la prescription infirmière** [Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers]. Sion : Haute Ecole de Santé Valais-Wallis ; 2017. Prom. : Schoepf C.
22. Courtenay M, Carey N. **Nurse-led care in dermatology: a review of the literature.** Br J Dermatol. janv 2006 ; 154(1):1-6.
23. Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. **Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care.** Cochrane Database Syst Rev. 22 nov 2016 ; Issue 11, Art N°: CD011227. DOI: 10.1002/14651858.CD011227.pub2.
24. Simmonds K, Cappiello J, Hoyt A. **Sexual and reproductive health content in nurse practitioner transition to practice training programs.** Contracept X. 2019 ; 1 : 100005.
25. Warchol N. **La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle.** Rech Soins Infirm. 2007 ; N° 91(4) : 76.
26. Buff A. **Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations** [Mémoire pour l'obtention d'un DESS en économie et management de la santé (master in health economics and management)]. Lausanne : Faculté des

- HEC et Faculté de Biologie et de médecine de l'Université de Lausanne; 2006. Prom. : Paccaud F, Zurn P.
27. Takemura M, Kobayashi M, Kimura K, Mitsui K, Masui H, Koyama M, et al. **Repeated Instruction on Inhalation Technique Improves Adherence to the Therapeutic Regimen in Asthma.** *J Asthma.* mars 2010 ; 47(2) : 202-8.
 28. Richardson G. **Nurse Practitioner Management of Type 2 Diabetes.** *Perm J.* 12 mai 2014 ; 18(2): e134-40.
 29. Bernardo K. **Rôle de l'infirmière clinicienne dans la prise en charge des enfants et des adolescents obèses** [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers : Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers ; 2015. Prom. : Hankard R.
 30. Van Der Schueren T, Eeckeleers P. **Enjeux de la nutrition en médecine générale.** *La Revue de la Médecine Générale.* 23 nov 2013 ; (310) : 20-2.
 31. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. **Substitution of doctors by nurses in primary care.** *Cochrane Database Syst Rev.* 20 avr 2005; Issue 2, Art N° : CD001271. DOI : 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
 32. Roots A, MacDonald M. **Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study.** *Hum Resour Health.* déc 2014 ; 12(1) : 69.
 33. Perrier A. **Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ?** *Rev Med Suisse.* 23 nov 2005 ; 1(42).
 34. Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ). **Médecine générale – Cadastre wallon des médecins généralistes** [Internet]. 2016 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur: <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>
 35. MacLellan L, Levett-Jones T, Higgins I. **The enemy within: Power and politics in the transition to nurse practitioner.** *NursingPlus Open.* 2016 ; 2 : 1-7.
 36. Barratt J, Thomas N. **Nurse practitioner consultations in primary health care: a case study-based survey of patients' pre-consultation expectations, and post-consultation satisfaction and enablement.** *Prim Health Care Res Dev.* 2019 ; 20 : e36.
 37. Künzi K, Jäggi J, Dutoit L. **Recours dans les soins médicaux de base aux professionnels de la santé non médecins hautement qualifiés : avancement des discussions en Suisse.** Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), Unité de direction Politique de la santé, division Professions de la santé ; 2013 nov ; 85p. Report No.: 27.
 38. Conseil International des Infirmières. **Le Conseil International des Infirmières publie de nouvelles directives sur la pratique infirmière avancée et appelle à davantage de reconnaissance et de soutien à ces fonctions pour contribuer à redresser des systèmes de santé fragiles** (Communiqué de presse). [Internet]. Genève ; 2020 avr [consulté le 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_17_Advanced%20Practice%20guidelines%20-%20FR.pdf
 39. Administration Provinciale de l'Enseignement et de la Formation, Province de Namur. **Convention concernant l'organisation conjointe du master en sciences infirmières** [Internet]. 2020 [consulté le 1 avr 2021]. Disponible sur:

https://www.province.namur.be/documents/dossier_conseil/20201112_17423220201109_112735resolution_convention_55030.pdf

40. Laguë G, Bourgeois-Law G. **Rebuttal: Do nurse practitioners pose a threat to family physicians?** Can Fam Physician. janv 2009 ; 55(1) : 22.

VII- Annexes

1. Annexe I : Comparaison de différents pays et leur organisation de la première ligne de soins

TABLEAU 4 : COMPARAISON INTERNATIONALES DES CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES AUX PRATIQUES MÉDICALES ET INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

| | Pays | Pratique médicale (11) | Pourcentage d'IPA parmi les infirmières | Ratio infirmière/médecin (données 2016) (11) | Prescription infirmière autorisée ? | Pratique avancée ?(5) |
|------------------|-------------|--|---|--|-------------------------------------|-----------------------|
| UNION EUROPÉENNE | Belgique | Pratique solo privée | — | 3,6 | Non | Émergente |
| | France | Pratique solo privée | — | 2,9 | Oui (limitée) | Émergente |
| | Irlande | Pratique pluridisciplinaire | 0,2% | 3,9 | Oui 2007 | Établie |
| | Pays-Bas | Pratique monodisciplinaire | — | 3,0 | Oui | Établie |
| | Allemagne | Pratique solo ou monodisciplinaire | — | 3,2 | Non | Émergente |
| | Espagne | Pratique de groupe privée | — | 1,4 | Oui (limitée) 2020 | Émergente |
| | Italie | Pratique solo/ monodisciplinaire privée | — | 1,5 | Non | Émergente |
| | Finlande | Pratique pluridisciplinaire publique (cliniques) | — | 4,7 | Oui (limitée) | Établie |
| | Suède | Pratique pluridisciplinaire | — | 2,7 | Oui (limitée) | Émergente |
| INTERNATIONAL | Royaume-Uni | Pratique de groupe privée | — | 2,9 | Oui Années 1990 | Établie |
| | Suisse | Pratique pluridisciplinaire | — | 4,2 | Non | Émergente |
| | États-Unis | Pratique de groupe privée | 6,5% | 4,1 | Oui Années 1970 | Établie |
| | Canada | Pratique de groupe privée | 0,6% | 3,9 | Oui 1998 et 2009 | Établie |
| | Australie | Pratique de groupe privée | 0,4% | 3,3 | Oui 1991 | Établie |
| | Japon | Pratique pluridisciplinaire privée (clinique) | — | 4,6 | Non | Non |

Le **Tableau 4** montre la classification de plusieurs pays Européens et internationaux à titre de comparaison selon plusieurs critères. La Belgique se classe dans les pratiques avancées émergentes avec certaines tâches avancées réalisées mais ni systématiquement, ni largement (5,12). La prescription infirmière n'y est pas autorisée, ni complètement ni en partie. La pratique dominante est la pratique privée en solitaire (7,10,11).

Dans la **Figure 3** ci-dessous, selon Maier et al. (cité par (12)) la pratique avancée répond à 7 activités réalisées ou non par l'infirmier : la prescription, le diagnostic, la prescription d'examen complémentaires, avoir une patientèle, prendre des décisions sur le traitement, pouvoir référer le patient, être le premier point de contact ; de plus il faut posséder un système

éducatif relatif à ces pratiques avancées. La Belgique permet aux infirmières de référer les patients et de prendre des décisions relatives au traitement (mais pas de prescrire des médicaments). Actuellement, la formation en pratique avancée commence à être disponible en Belgique.

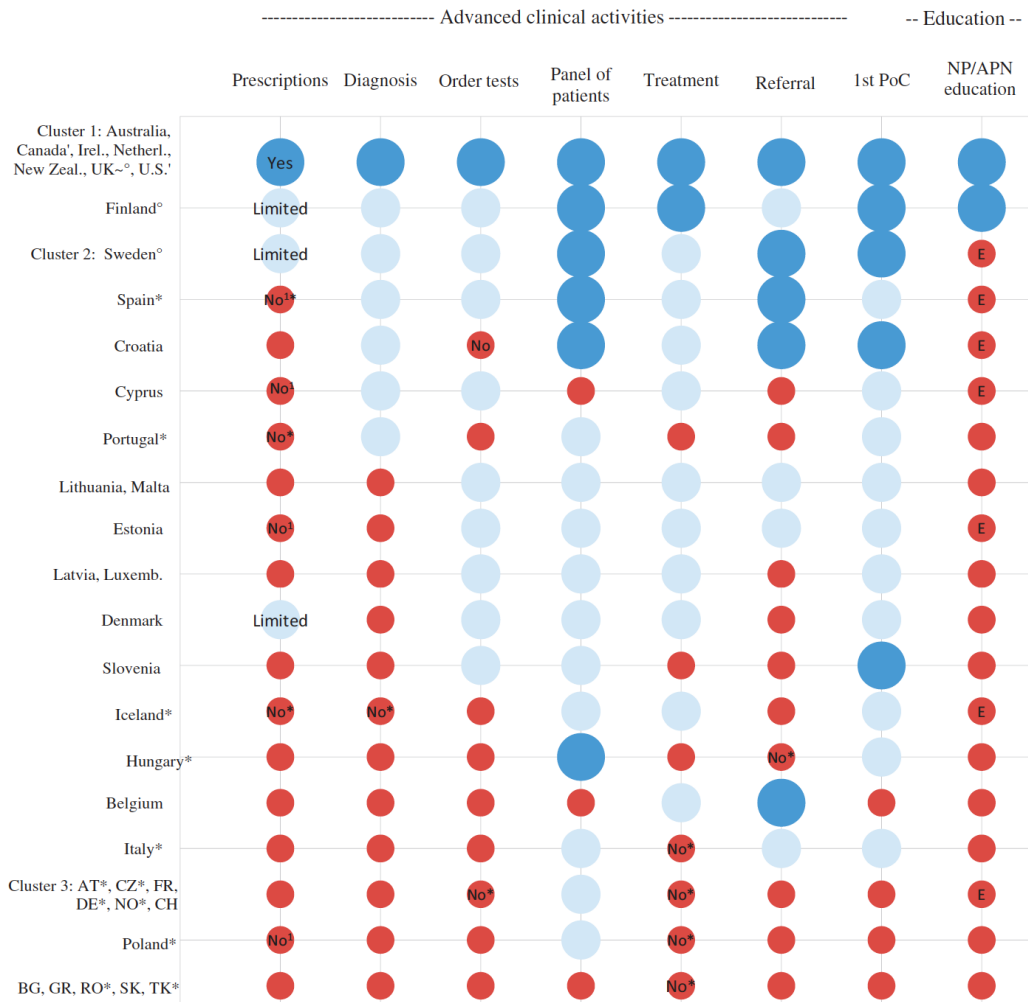


FIGURE 3 : COMPARAISON INTERNATIONALES DE LA PRÉSENCE OU NON DE CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES AUX PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES (TIRÉ DE MAIER ET AL. CITÉ PAR (12))

● = pratique officielle d'une large variété de compétences

● = pratique officielle d'un nombre limité de compétences

● = compétences non-autorisées officiellement (No* = compétences non-autorisées officiellement mais réalisées à titre officieux)

Remarque : la France est passée dans le cluster 2 depuis la parution de ce rapport.

2. Annexe II : Questionnaire destiné aux médecins généralistes de Charleroi

a. Message de prise de contact

Cher Docteur,

Je vous écris ce jour dans le cadre de mon travail de fin d'étude de Master de spécialisation en Médecine Générale pour l'année 2020-2021.

Ce travail vise à explorer l'intérêt de l'aide à la pratique médicale, et notamment le recours à des infirmières en pratique avancée, dans le cadre de la Médecine Générale en Belgique.

Il s'agit d'un questionnaire totalement anonyme permettant de réfléchir à cette question. Ce questionnaire ne devrait pas vous prendre plus de 10 minutes. S'il est possible pour vous de m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, cela me permettrait de préciser les données et de pouvoir avancer efficacement dans mon travail.

Lien vers le questionnaire :

https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSfx_EHckE79KHUSWY00GlgSWt2Q0gVoF910qGvguXWJKdHh2A/formResponse

N'hésitez pas à me contacter pour toute question supplémentaire, pour toute réflexion ou suggestion que vous pourriez avoir durant la réalisation de ce questionnaire.

Je vous remercie d'ores et déjà pour l'attention et le temps que vous me consacrerez.

En vous souhaitant une bonne journée ainsi qu'une bonne fin d'année,

Dr Hermant Nicolas

Assistant en Médecine Générale (3^{ème} année)

b. Retranscription du questionnaire



Etude mixte sur l'intérêt de l'aide à la pratique médicale en Médecine Générale

Partout dans le monde, la première ligne de soin se développe pour répondre à une demande sans cesse croissante face à une première ligne de soins arrivant à saturation. Dans ce contexte, la pluridisciplinarité peut sembler une solution, et avec celle-ci l'aide à la consultation. Le médecin généraliste se concentrerait alors sur ses compétences à haute valeur médicale aidé par un infirmier formé à une pratique avancée des soins infirmiers au l'image des systèmes anglo-saxons).

Je vous propose dans ce questionnaire de faire le point sur la collaboration médecin-infirmier au centre de votre pratique et plus largement sur l'aide à la pratique médicale en première ligne de soin.

Cette étude reposera sur ce questionnaire destiné aux médecins généralistes qui sera suivi d'entretiens auprès d'infirmiers de première ligne de soins.

Dr Hermant Nicolas

***Obligatoire**

Données démographiques

Age *

Votre réponse _____

Sexe *

- Femme
 Homme
 Autre : _____

Diplôme *

- Médecine Générale
 Assistant en Médecine Générale
 Autre : _____

Nombre d'années de pratiques *

Votre réponse _____

Votre exercice est : *

- Rural
 Semi-urbain
 Urbain

Type de pratique *

- Cabinet privé en pratique solo
 Cabinet privé en association de médecins
 Maison médicale à l'acte
 Maison médicale au forfait
 Plusieurs types de pratique
 Autre : _____

Etude de la relation médecin-infirmier

Travaillez-vous en collaboration avec une infirmière au sein de votre cabinet médical ? *

- Oui
 Non
 Autre : _____

Combien de contacts estimez-vous en moyenne avoir directement avec une infirmière ? (Contacts téléphoniques ou physiques) *

- Jamais
 Environ 1x/mois
 Environ 1x/semaine
 Environ 1x/jour

Pensez-vous avoir le temps nécessaire pour répondre à toutes les exigences de la consultation ? *

Au niveau du temps consacré au patient, du diagnostic, du suivi, de la prévention, de l'adéquation avec les recommandations de la littérature, ...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Avez-vous déjà entendu parler des "infirmières en pratique avancée" (IPA) ? *

« Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession » selon la définition du Conseil International des Infirmiers (2008).

- Oui
 Non
 Autre : _____

Quelles tâches déléguez-vous actuellement à des infirmières ? *

- Renouvellement d'ordonnances dans le cadre de médicaments chroniques déjà préalablement instaurés (sans changement de posologie)
- Prescription d'examen complémentaires dans le cadre de pathologies chroniques connues (par ex. prise de sang, mesure de la glycémie au doigt, ...)
- Prescription d'examen d'imagerie médicale (par ex. mammographie de dépistage, ostéodensitométrie de suivi, ...)
- Vaccination (par ex. prescription du vaccin, planification, réalisation)
- Gestion du dossier du patient (SUMERH, DMG+, mise à jour du dossier ...)
- Prise en charge des dépistages (par ex. CCR, MST, ...)
- Réalisation de prises de sang
- Mesure des paramètres vitaux : TA, FC, Saturation, Glycémie, ... (avant, pendant ou après la consultation)
- Surveillance de patients chroniques en référant chez le médecin traitant en cas de doute ou de dégradation de la pathologie : HTA, diabète, ...
- Éducation du patient (par ex. maladies chroniques, utilisation des puffs, diététique, ...)
- Soins de plaie
- Sutures, mise en place de plâtres, ...
- Lecture et tri du courrier
- Consultation seule sous supervision pour des pathologies pouvant être gérées à son niveau
- Aucune de ces tâches
- Autre : _____

En incluant les pratiques que vous déléguez déjà, quelles tâches seriez-vous prêts à déléguer à une infirmière ? (avec la formation adaptée et sous supervision) *

En imaginant pour cela aucune interaction économique d'aucun ordre

- Renouvellement d'ordonnances
- Prescriptions d'examen complémentaires dans le cadre de pathologie connues (par ex. prise de sang, mesure de la glycémie au doigt, ...)
- Prescription d'examen d'imagerie médicale (par ex. mammographie de dépistage, ostéodensitométrie de suivi, ...)
- Vaccination (par ex. prescription du vaccin, planification, réalisation)
- Gestion du dossier du patient (SUMERH, DMG+, mise à jour du dossier ...)
- Prise en charge des dépistages (par ex. CCR, MST, ...)
- Réalisation de prises de sang
- Mesure des paramètres vitaux : TA, FC, Saturation, Glycémie, ... (avant, pendant ou après la consultation)
- Surveillance de patients chronique : HTA, diabète, ...
- Éducation du patient (par ex. maladies chroniques, utilisation des puffs, diététique, ...)
- Soins de plaie
- Sutures, mise en place de plâtres, ...
- Lecture et analyse du courrier
- Consultation seule sous supervision pour des pathologies pouvant être gérées à son niveau
- Aucune de ces tâches
- Autre : _____

Selon vous, déléguer ces tâches à une infirmière de manière encadrée serait réalisable et applicable à la médecine générale ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, l'infirmière est apte à réaliser des pré-consultations (rencontre avec le patient avant que celui-ci ne rencontre le médecin : récupérer la ou les plaintes, prendre les paramètres, autres actes si nécessaire selon son jugement) *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, l'infirmière est apte à la gestion du dossier du patients (DMG+ en Belgique : reprenant les antécédents, personnels, familiaux et chirurgicaux, les allergies, le statut fumeur/alcool, les vaccinations, les traitements en cours, ...) *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, l'aide à la pratique par une IPA permettrait au médecin généraliste de plus se focaliser sur des compétences médicales à haute valeur ajoutée (par ex. diagnostic, analyse et réflexion sur des pathologies atypiques, formations, ...) *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, le médecin généraliste pourrait-il devenir plus performant en intégrant ce type d'aide au sein de son cabinet ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, ce type d'aide pourrait-il permettre d'améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, le médecin généraliste est-il apte d'assumer le rôle central de superviseur et coordinateur (en plus de son rôle de médecin généraliste) nécessaires au travail en équipe dans le cadre du partage de tâche entre médecins et infirmiers ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, l'aide à la pratique pourrait permettre de diminuer le recours à la deuxième ligne de soin ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Selon vous, y a-t-il des avantages à une pratique infirmière avancée en médecine générale ? Quels sont-ils ? *

Votre réponse _____

| | |
|--|--|
| <p>Selon vous, y a-t-il des inconvénients à une pratique infirmière avancée en médecine générale ? Quels sont-ils ? *</p> <p>Votre réponse _____</p> | <p>Après cette courte réflexion, seriez-vous prêt à intégrer une infirmière en pratique avancée au sein de votre pratique de médecine générale ? *</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p>Tout à fait d'accord <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pas du tout d'accord</p> |
| <p>Avez-vous des craintes en tant que médecin face au développement d'une telle pratique en Belgique ? *</p> <p>Votre réponse _____</p> | <p>Avez-vous un commentaire ou une réflexion à partager avec nous ?</p> <p>Votre réponse _____</p> |

c. Demande d'étude sur l'éthique du projet de TFE

La **Figure 4** montre la réponse du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) concernant la demande introduite sur le site de MGTFE.

Bonjour,

Votre demande concernant le TFE **Étude mixte sur l'intérêt de l'aide à la consultation en Médecine Générale : la relation médecin-infirmier et le partage de tâche** pour l'année académique **2020-2021** a été examinée par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Le pdf de votre demande introduit auprès du GEIMG reste disponible sur l'application MGTFE/éthique.

Cordialement,
Le secrétariat du GEIMG

FIGURE 4 : CAPTURE D'ÉCRAN DE LA RÉPONSE DU GEIMG À LA DEMANDE CONCERNANT L'ÉVALUATION ÉTHIQUE DE CE TRAVAIL

3. Annexe III : Résultats bruts du questionnaire

a. Analyse des résultats au questionnaire sous forme de figures

i. Travaillez-vous en collaboration avec une infirmière au sein de votre cabinet médical ?

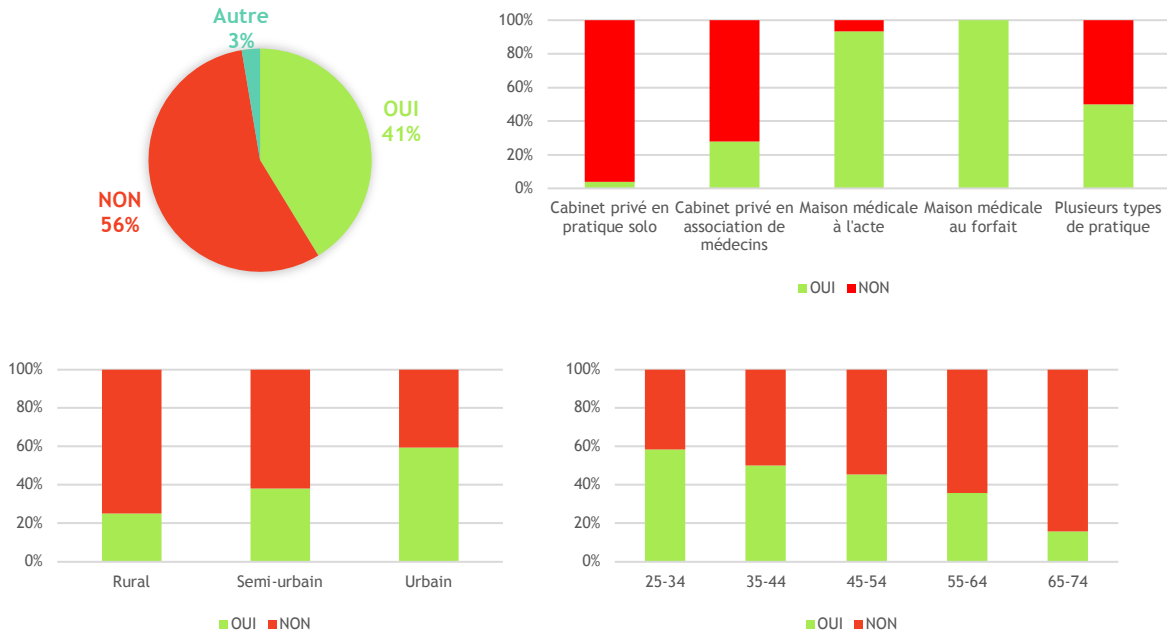
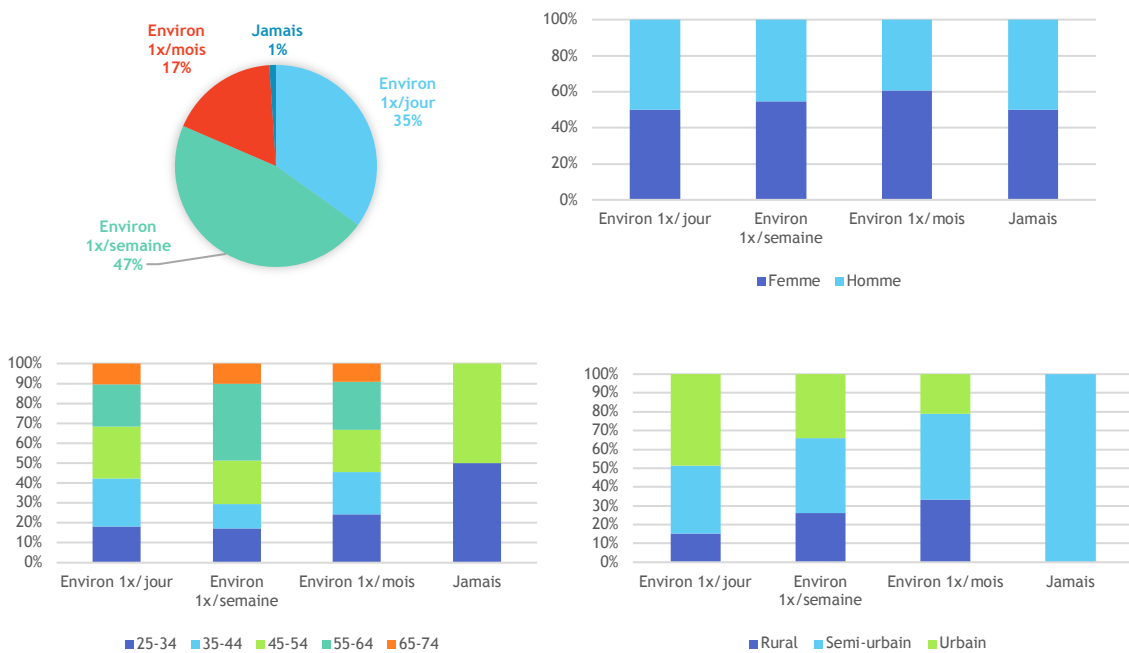


FIGURE 5 : HISTOGRAMMES MONTRANT LA COLLABORATION AVEC UNE INFIRMIÈRE EN FONCTION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS EXPRIMÉES EN POURCENTAGE

ii. Combien de contacts estimez-vous en moyenne avoir directement avec une infirmière ? (contacts téléphoniques ou physiques)



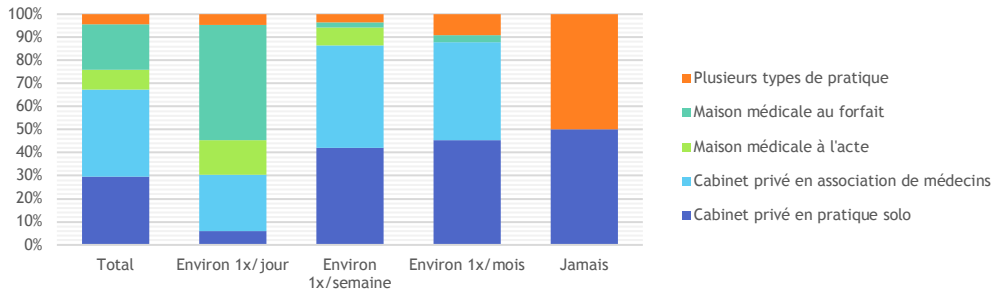


FIGURE 6 : HISTOGRAMMES MONTRANT LE NOMBRE DE CONTACTS MOYENS AVEC UNE INFIRMIÈRE EN FONCTION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS EXPRIMÉES EN POURCENTAGE

iii. Estimez-vous avoir le temps nécessaire pour répondre à toutes les exigences de la consultation ?

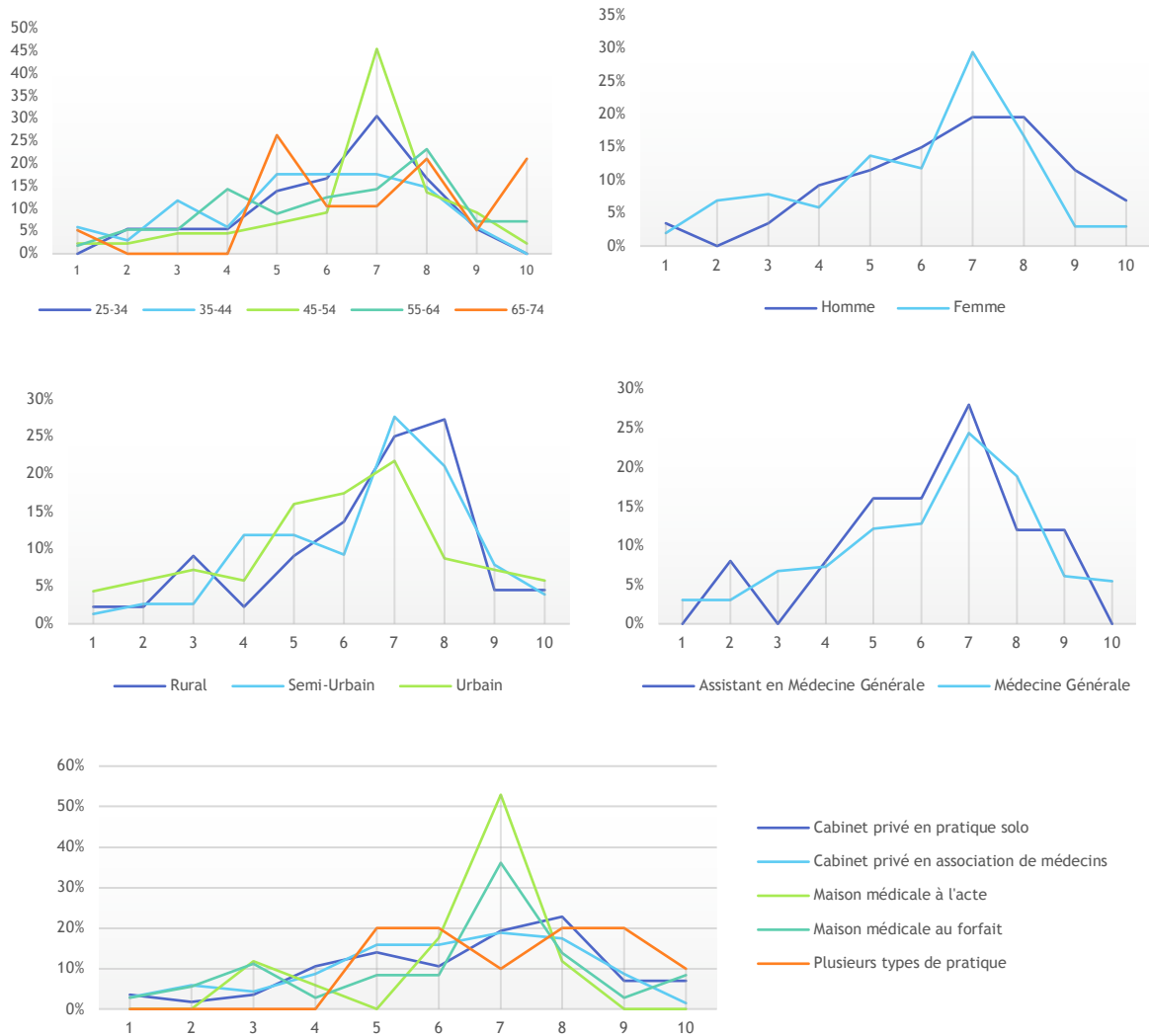


FIGURE 7 : COURBES DES VALEURS DE RÉPONSES (DE 1 = PAS DU TOUT D'ACCORD À 10 = TOUT À FAIT D'ACCORD) EXPRIMÉES EN FONCTION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS (ÂGE, SEXE, MILIEU ET TYPE DE PRATIQUE, DIPLÔME)

iv. Avez-vous déjà entendu parler des « infirmières en pratique avancée » (IPA) ?



FIGURE 8 : EXPRESSION SOUS FORME D'HISTOGRAMMES LA CONNAISSANCE OU NON DE LA NOTION D'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE EN FONCTION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES EXPRIMÉES EN POURCENTAGES

b. Analyse des résultats des questions fermées

Le **Tableau 5** montre le récapitulatif des résultats des questions 9, 13 à 20 et 24 obtenues à l'aide du logiciel de description statistiques *SigmaPlot*.

TABLEAU 5 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE STATISTIQUE DESCRIPTIVE DES RÉPONSES AUX QUESTIONS 9, 13 À 20 ET 24 DU QUESTIONNAIRE

| Column | Size | Mean | Std Dev | Std. Error | C.I. of Mean | Range | Max | Min | Med. 50% | 25 % | 75 % | Skewness | Kurtosis |
|--|------|-------|---------|------------|--------------|-------|-----|-----|----------|------|------|----------|----------|
| Pensez-vous avoir le temps nécessaire pour répondre à toutes les exigences de la consultation ? | 189 | 6,275 | 2,121 | 0,154 | 0,304 | 9 | 10 | 1 | 7 | 5 | 8 | -0,542 | -0,151 |
| Selon vous, déléguer ces tâches à une infirmière de manière encadrée serait réalisable et applicable à la médecine générale ? | 189 | 3,619 | 1,083 | 0,0788 | 0,155 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 5 | -0,311 | -0,703 |
| Selon vous, l'infirmière est apte à réaliser des pré-consultations ? | 189 | 3,688 | 1,141 | 0,083 | 0,164 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 5 | -0,602 | -0,496 |
| Selon vous, l'infirmière est apte à la gestion du dossier du patients ? | 189 | 3,651 | 1,187 | 0,0864 | 0,17 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 5 | -0,682 | -0,497 |
| Après cette courte réflexion, seriez-vous prêt à intégrer une infirmière en pratique avancée au sein de votre pratique de médecine générale ? | 189 | 3,577 | 1,242 | 0,0904 | 0,178 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 5 | -0,581 | -0,606 |
| Selon vous, l'aide à la pratique par une IPA permettrait au médecin généraliste de plus se focaliser sur des compétences médicales à haute valeur ajoutée ? | 189 | 3,624 | 1,097 | 0,0798 | 0,157 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 4 | -0,626 | -0,342 |
| Selon vous, le médecin généraliste pourrait-il devenir plus performant en intégrant ce type d'aide au sein de son cabinet ? | 189 | 3,582 | 1,087 | 0,079 | 0,156 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 4 | -0,565 | -0,279 |
| Selon vous, le médecin généraliste est-il apte d'assumer le rôle central de superviseur et coordinateur (en plus de son rôle de médecin généraliste) nécessaires au travail en équipe dans le cadre du partage de tâche entre médecins et infirmiers ? | 189 | 3,783 | 0,917 | 0,0667 | 0,132 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 4 | -0,35 | -0,483 |
| Selon vous, l'aide à la pratique pourrait permettre de diminuer le recours à la deuxième ligne de soin ? | 189 | 3,36 | 1,11 | 0,0807 | 0,159 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | -0,325 | -0,441 |
| Selon vous, ce type d'aide pourrait-il permettre d'améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques ? | 189 | 4,069 | 0,917 | 0,0667 | 0,132 | 4 | 5 | 1 | 4 | 4 | 5 | -1,225 | 1,881 |

Pour la question « *Après cette courte réflexion, seriez-vous prêt à intégrer une infirmière en pratique avancée au sein de votre pratique de médecine générale ?* », dans le **Tableau 6** sont marquées les différentes médianes obtenues en fonction des groupes étudiés.

TABLEAU 6 : ANALYSE DE LA MÉDIANE DE RÉPONSE DE CRITÈRE DE VALEUR ACCORDÉE EN FONCTION DE CHAQUE CLASSE SOCIODÉMOGRAPHIQUE PAR RAPPORT À L'INTÉGRATION D'UNE IPA DANS LE CABINET

| PARAMÈTRE SOCIODEMOGRAPHIQUE ETUDIÉ | MÉDIANE | |
|---|-----------------------------|-----|
| CLASSE D'ÂGE | 25-34 | 4 |
| | 35-44 | 4 |
| | 45-54 | 3 |
| | 55-64 | 4 |
| | 65-74 | 3 |
| SEXE | Femme | 4 |
| | Homme | 4 |
| DIPLÔME | Assistant médecine générale | 4 |
| | Médecin généraliste | 4 |
| TYPE DE PRATIQUE | Cabinet solo | 3 |
| | Association de médecins | 4 |
| | Maison médicale à l'acte | 5 |
| | Maison médicale au forfait | 5 |
| | Plusieurs types de pratique | 3,5 |
| MILIEU DE PRATIQUE | Rural | 4 |
| | Semi-rural | 4 |
| | Urbain | 4 |
| TRAVAIL EN COLLABORATION AVEC UN INFIRMIER | Oui | 4 |
| | Non | 3 |
| CONNAISSANCE DU TERME IPA | Oui | 4 |
| | Non | 4 |

c. Tableaux d'analyse des questions ouvertes

i. Pourcentages de réponses globales

Voici la répartition des réponses entre les participants voyant un avantage ou un inconvénient à l'aide à la consultation et au partage de tâches.

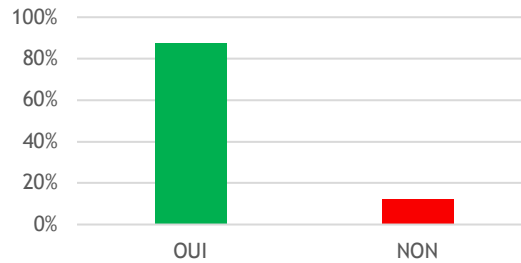


FIGURE 9 : HISTOGRAMME EXPRIMANT EN POURCENTAGE LE NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT CITÉ AU MOINS UN AVANTAGE (EN VERT) ET CEUX N'Y VOYANT AUCUN AVANTAGE (EN ROUGE)

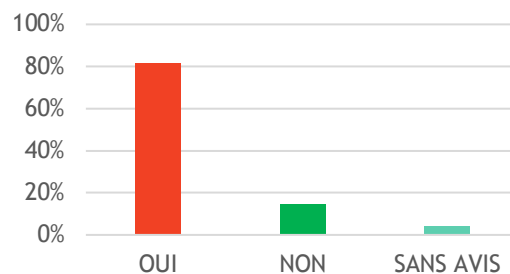


FIGURE 10 : HISTOGRAMME EXPRIMANT EN POURCENTAGE LE NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT CITÉ AU MOINS UN INCONVÉNIENT (EN ROUGE) ET CEUX N'Y VOYANT AUCUN INCONVÉNIENT (EN VERT)

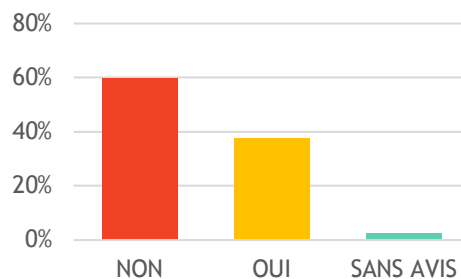


FIGURE 11 : HISTOGRAMME EXPRIMANT EN POURCENTAGE LE NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT EXPRIMÉ AU MOINS UNE CRAINTE (EN JAUNE) PAR RAPPORT À CEUX N'EN AYANT EXPRIMÉ AUCUNE (EN ROUGE)

ii. Classification des idées exprimées

Les réponses aux questions de type qualitatif (question 21 à 23) ont été analysées suivant une catégorisation thématique. Les différents thèmes découlant des réponses aux questions ont été listés sous forme de tableaux d'avantages, inconvénients et craintes et classés suivant les catégories de thèmes issus des idées exprimées.

TABLEAU 7 : CLASSEMENT DES AVANTAGES CITÉS SELON L'IDÉE EXPRIMÉE ET LA CLASSE D'IDÉE À LAQUELLE ELLE APPARTIENT, DES RÉPONSES SONT CITÉES À TITRE D'EXEMPLE

| Classe d'idée | Idée | Nombre de participants ayant cité la réponse | Pourcentage de réponse parmi les avantages | Exemple de réponse (entre décharge le numéro du médecin ayant cité cette réponse) |
|---|---|--|--|--|
| AUCUN AVANTAGE | PAS D'AVANTAGE À LA PRATIQUE AVANCÉE | 23 | - | |
| | AVANTAGES SANS PRÉCISION | 15 | 9,04% | « Il y énormément d'avantages. » (151) |
| MEILLEURE ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL | GAIN DE TEMPS | 67 | 40,36% | « Décharge tâches utiles mais chronophages » (21) « Délégation de tâches pour libérer du temps (ce qui est nécessaire vu la pénurie de médecins qui est à mon sens organisée mais qui est dommage) » (7) « Gain de temps si médecin débordé » (20) |
| | AIDE ET DIMINUTION DES TÂCHES | 38 | 22,89% | « Aide et économie de temps pour le médecin » (101) « Délégation de tâches "simples" » (118) « Déléguer certaines tâches afin que le mg puisse se centrer sur tâches plus complexes » (63) « Décharge du médecin des tâches répétitives » (76) « Moins de tâches pour le médecin » (19) « Alléger les missions du MG » (154) « Réalisation de certains actes techniques chronophages dont seul le résultat doit être pris en considération » (142) |
| | SE DÉDIER À D'AUTRES TÂCHES | 10 | 6,02% | « Tâches plus ciblées et mieux approfondies par le médecin » (92) « Dégager du temps pour des réflexions plus complexes, du travail scientifique, la revue des dossiers des patients » (28) |
| PRATIQUE MÉDICALE EN COLLABORATION | PARTAGE MULTIDISCIPLINAIRE ET TRAVAIL EN ÉQUIPE | 40 | 24,10% | « Améliorer la pratique avec davantage d'échanges et interactions » (84) « Collaboration multidisciplinaire pour le bien du patient » (119) « A l'ONE, les consultations se font en binôme : Il y a plus dans 2 têtes, 2 regards que dans 1 » (98) |
| AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE | MEILLEUR SUIVI DU PATIENT | 28 | 16,87% | « Une infi expérimentée est capable de suivi chronique, de détecter le caractère urgent d'une pathologie aiguë » (134) « Meilleure systématisation du suivi des pathologies chroniques » (137) « Peut améliorer les suivis chroniques (exemple: un patient a, pour bien faire, besoin d'un contrôle hebdomadaire, le médecin n'a pas le temps donc vient toutes les 2 semaines, avec une infirmière, il pourrait voir son patient toutes les 4 semaines et l'infi verrai le patient toutes les semaines dans l'intervalle avec une entretien téléphonique entre le médecin et l'infi; le patient aurait son contrôle hebdomadaire et le médecin une visite et 3 entretiens téléphoniques sur le mois à la place de 2 visites) » (67) « Gain de temps pour actes médicaux déléguables en fin de consultation, surtout suiv patho chronique diabète, décomp cardiaque, BPCO, nutrition » (169) |
| | EFFICACITÉ PERFORMANCE | 15 | 9,04% | « Plus de rigueur, plus d'efficacité et plus de satisfaction dans la prise en charge des pathologies chroniques et de la prévention » (69) « Meilleure efficacité de la prise en charge en première ligne » (109) |

| | | | | |
|---|--|----|-------|---|
| | PEC GLOBALE ET APPROFONDIE | 15 | 9,04% | « Meilleure prise en charge des patients chroniques » (88) « Meilleure prise en charge du patient dans sa globalité » (126) « Améliorer la prise en charge globale » (164) |
| | AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION | 9 | 5,42% | « Aide ++ pour la prévention car souvent pas le temps à la consultation » (128) « Meilleure prévention, plus de rigueur dans les échéances, les démarches et les outils utilisés » (30) « Meilleures prises en comptes des enjeux de sante publique en terme de gestion des ressources » (175) |
| | QUALITÉ DES SOINS | 6 | 3,61% | « Valeur ajoutée à la qualité des soins » (172) « Les infirmières ont plus eu une formation de standardise les soins que les médecins (= valeur ajoutée) » (171) |
| | AMÉLIORATION DE L'ÉDUCATION | 5 | 3,01% | « Meilleure information du patient pour pathologies chroniques » (54) « meilleure éducation du patient, meilleure prise en charge globale, meilleure compréhension du patient de ses maladies chroniques » (68) « En pathologie chronique, un autre regard peut être instructif et pour le patient » (20) |
| | AMÉLIORATION DE LA COMPLIANCE DU PATIENT | 2 | 1,20% | « Un suivi et des conseils par une seconde personne pourrait améliorer la compliance » (20) « Meilleure compliance des patients » (160) |
| | AMÉLIORATION DU CONTACT-PATIENT | 6 | 3,61% | « Avoir des contacts différents avec certains patients (plus proches, relations de confiance différente) » « Les infirmières ont souvent un bon contact avec les patients, ils peuvent parfois se confier plus facilement » (27) |
| | GESTION DU DOSSIER | 9 | 5,42% | « Mais cela pourrait permettre un meilleur suivi des dossiers ! » (85) « DMG plus complet » (106) « Amélioration de la gestion des dossiers » (74) « Avoir un dossier de base complet (vaccins, paramètres,...) » (178) |
| | DIMINUTION DES HOSPITALISATIONS | 2 | 1,20% | « Moins d'hospitalisations » (108) « Améliorer la prévention et la qualité de la prise en charge permettrait de limiter les incidents de santé et du coup les hospitalisations » (29) |
| REVALORISATION DE LA PREMIÈRE LIGNE | VALORISATION INFIRMIÈRE | 9 | 5,42% | « Valorisation et élargissement rôle infirm » (21) « Valorisation des compétences infirm » (175) « Revalorisation des 2 pratiques » (90) |
| MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX SOINS | AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ / FAIRE FACE À LA PÉNURIE DE MG | 7 | 4,22% | « Plus disponible pour les cas complexes » (145) « Travail en équipe, disponibilité » (153) « Probable plus grande disponibilité » (51) « Délégation de tâches pour libérer du temps (ce qui est nécessaire vu la pénurie de médecins qui est à mon sens organisée mais qui est dommage) » (7) |
| MEILLEURE QUALITÉ DE VIE DU MG FINANCIER | CHARGE MENTALE ET QUALITÉ DE VIE | 5 | 3,01% | « Augmentation de notre satisfaction professionnelle et qualité de vie » (171) « plus de satisfaction dans la prise en charge des pathologies chroniques et de la prévention » (69) |
| | GAIN FINANCIER | 1 | 0,60% | « Gain financier » (108) |

TABLEAU 8 : CLASSEMENT DES INCONVÉNIENTS CITÉS SELON L'IDÉE EXPRIMÉE ET LA CLASSE D'IDÉE À LAQUELLE ELLE APPARTIENT, DES RÉPONSES SONT CITÉES À TITRE D'EXEMPLE

| Classe d'idée | Idée | Nombre de participants ayant cité la réponse | Pourcentage de réponse parmi les inconvéniants | Exemple de réponse (entre parenthèse le numéro du médecin ayant cité cette réponse) |
|---|--|--|--|---|
| | SANS AVIS | 8 | - | |
| | AUCUN INCONVÉNIENT | 27 | - | |
| DIFFICULTÉ D'ORGANISATION | ORGANISATION CADRE DE TRAVAIL SAVOIR FIXER DES LIMITES | 26 | 16,88% | « Chaque équipe doit avoir une direction, il faut comme médecin (par définition individualiste en ayant l'habitude de prendre des décisions) apprendre à se concerter, à diriger une équipe, à faire de la 'politique' de groupe,..... ça demande du temps et des connaissances » (171) |
| | PERTE DE TEMPS | 12 | 7,79% | « Perte de temps en supervision de l'infirmier » (81) « Risque d'être appelé tt le temps et donc de finalement perdre du temps qd même » (117) « Apprendre à se concerter, à diriger une équipe, à faire de la 'politique' de groupe,..... ça demande du temps et des connaissances (formation) supplémentaire » (171) « Demande du temps pour l'organisation donc le temps gagné par ce qu'on délègue est reperdu en "réunions" , on change de métier en devenant coordinateur » (65) |
| | NÉCESSITÉ D'UN DEUXIÈME LOCAL | 7 | 4,55% | « Il faudrait un 2° local disponible pour celle-ci : nécessité de réaménager un cabinet déjà existant !!! » (20) « impossible chez nous car pas de local disponible » (17) « Occupation de l'espace de travail » (36) |
| | SAVOIR FAIRE CONFIANCE À L'AUTRE PRATICIEN | 20 | 12,99% | « Demande de la confiance et une capacité d'autocritique » (90) « trouver qqun de compétent en qui avoir confiance!! » (118) « Tout dépend de la qualité de la relation : confiance, respect réciproque » (84) « Bien connaître l'infirmière référente avant de pouvoir déléguer » (57) |
| | PRATIQUE PEU APPLICABLE À LA MÉDECINE SOLO/À L'ACTE | 6 | 3,90% | « Organisation pratique difficile dans un cabinet solo, risque de doublons ou au contraire d'oubli et de dilution de responsabilité » (168) « La place dans les cabinets déjà organisées en solo » (77) |
| FINANCIER | COÛT FINANCIER, PERTE DE REVENUS | 22 | 14,29 | « Coût financier non négligeable » (1) « Financier et administratif (gestion du personnel, congé, salaire,...) » (42) « Le coût d'une infirmière n'est pas accessible à la médecine générale payée à l'acte » (69) « Coût financier : perte de revenu sans payement prévu pour le patient » (2) |
| ATTEINTE DE LA RELATION DE SOINS MÉDECIN-PATIENT | PERTE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT DÉPERSONNALISATION ET DÉSHUMANISATION DES SOINS DE MÉDECIN GÉNÉRALE | 21 | 13,64% | « Je crains que le temps gagné se perd au niveau contact patient, être médecin n'est pas uniquement supervisé des paramètres biologiques prit par quelqu'un d'autre et appliqué un algorithme » (51) « Déshumanisation, dépersonnalisation de la relation médecin patient avec des consultations plus courtes, uniquement intellectuelles. Certains actes pour lesquelles nous sommes peut-être sur qualifiés sont utiles sur un autre plan : faire l'anamnèse soi même toucher le patient aide à nouer le contact, le non verbal donne des informations non négligeables, etc » (121) « Moins bon contact humain avec le MG qui aurait une façon d'exercer plus "spécialisée" (moins de temps à consacrer au patient, consults plus rapide or il a été démontré que temps de consult plus long = meilleure satisfaction du patient) » (99) |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|----|-------|--|
| | ACCEPTATION DIFFICILE PAR LE PATIENT | 15 | 9,74% | « Il va falloir apprendre à déléguer et à faire accepter cela aux patients » (68) « Je ne vois pas sa place en plus du travail des autres. Ou est le plus pour le patient. Il va s'y perdre, le médecin, l'infirmière habituelle et une illustre inconnue qui fait quoi? » (170) « La confiance des patients est limitée à peu de personnes » (33) « Le plus important en médecine générale est la relation de confiance... Et cela prend du temps et est difficile à partager. » (58) « le risque que le patient ne lui fasse pas suffisamment confiance... » (134) |
| | MOINS DE CONTACTS AVEC LE MÉDECIN TRAITANT | 9 | 5,84% | « Réduction du temps de contact avec le généraliste donc réduction des informations obtenues de manière informelle » (44) « Moins de contacts réguliers avec les patients » (148) « stt de perdre le contact avec mon patient comme on en souffre ici avec le confinement » (185) |
| | DÉRÉSponsABILISATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 14 | 9,09% | « Responsabilité médicale engagée pour l'infirmière ou le médecin ? » (115) « Risque selon moi de me déresponsabiliser et stt de perdre le contact avec mon patient comme on en souffre ici avec le confinement » (185) « Qu'en est-il de la responsabilité ? » (188) |
| RELATION MÉDECIN-INFIRMIER | FORMATION DES INFIRMIERS ET DES MÉDECINS | 12 | 7,79% | « Il faut une bonne formation des infis » « Une formation est nécessaire pour cadrer les prescriptions car dans la région si on écoute les kiné, ostéo et parfois certaines infis on prescrirait beaucoup trop de scan, irm, examens d'imagerie, surveillance glycémique pfs plus stressante qu'autre chose, ... » (60) « Avec une formation ad hoc, je pense que c'est envisageable mais pas avec la formation généraliste actuelle des infirmières » (61) |
| | RISQUE D'ERREUR MÉDICALE | 10 | 6,49% | « Risque de passer à côté de quelque chose de grave mais d'inconnu pour l'infirmière, par manque de pratique ou de formation » (161) |
| | RISQUE D'AVIS DIVERGENTS, DE CONFLITS OU DE CONCURRENCE ENTRE LES PRATICIENS | 6 | 3,90% | « Risque de conflits de position ou de traitement, risque d'avis divergents, » (39) « Risque de concurrence sur les compétences » (86) « Erreurs et incohérences par rapport au médecin » (14) « Certaines infirmières ont un caractère fort et ont tendance à s'imposer, ce qui est très désagréable et crée des tensions » (19) |
| | DÉPASSE LES CONNAISSANCES DE L'INFIRMIER | 14 | 9,09% | « Je pense que leurs connaissances médicales ne sont pas suffisantes à l'heure actuelle » (61) « risque de passer à côté de quelque chose de grave mais d'inconnu pour l'infirmière, par manque de pratique ou de formation » (161) |
| | SUPERVISION IMPORTANTE DES SOINS | 8 | 5,19% | « Travailler en équipe demande un investissement propre » (171) « Risque d'être appelé tt le temps et donc de finalement perdre du temps qd même » (117) |
| | INVESTISSEMENT PERSONNEL ++ | | | |
| | MOINS BON SUIVI DU PATIENT | 8 | 5,19% | « Risque pour le médecin de moindre implication dans le suivi du patient » (96) « Effets négatifs sur le suivi des patients ? » (107) « Risque de diminuer le nombre de contacts avec le mg et avec comme conséquence un moins bon suivi de pathologies, des retards diagnostics, une moindre recours aux dépistages » (28) « Manque de coordination et manque de suivi par le médecin généraliste » « Moins bonne connaissance de l'évolution du patient si fréquence des contacts moindre... » (99) |

| | | | | |
|--|--|----|-------|--|
| CHANGEMENT DU RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | PERTE DE CONTRÔLE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 15 | 9,74% | « Il va falloir apprendre à déléguer » (68) « De perdre la maîtrise du dossier du patient, de diluer encore le lien et la responsabilité » (112) « besoin pour certains médecins de tout faire eux-mêmes (manque de confiance!) Rem. tout en se plaignant de l'excès de travail!! » (75) |
| MANQUE D'INFIRMIERS | PÉNURIE D'INFIRMIERS | 3 | 1,95% | « Pénurie d'infirmières compétente » (18) « Il y a déjà un GROS déficit en infirmières que ce soit en première ligne (pour les soins à domicile), dans les maisons de repos ou à l'hôpital. Il vaudrait mieux d'abord augmenter l'encadrement dans ces milieux là. » (44) |
| | SURCHARGE DE TRAVAIL POUR L'INFIRMIER | 1 | 0,65% | « Plus de travail pour l'infirmière » (2) |
| MANQUE DE CADRE LÉGAL | POINT DE VUE LÉGAL | 2 | 1,30% | « Il n'existe pas de formation ni d'encadrement légal à ma connaissance pour ce type de pratique en MG » (99) « Trop de niveau de pouvoir en Belgique pour espérer la mise en place dans un avenir proche » (104) |
| | SECRET MÉDICAL | 2 | 1,30% | « Secret médical » (68, 183) |
| RÉSISTANCE CULTURELLE | RÉSISTANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES INFIRMIERS | 8 | 5,19% | « Chacun son job » (26), « Chacun à son poste » (33) « Résistance culturelle des médecins et infirmiers » (32) « Très nombreux avantages, mais "vieux garde" de MG oppose résistance dont, je crois, principale vraie raison est financière » (75) « Il faut travailler l'acceptation par les med gener (reticents enjeux medico legaux) » (175) « Chacun à sa place , jouer au médecin n'est pas à l'ordre du jour. Nous mettons neuf années pour devenir ce que nous sommes et l'expérience s'acquiert tous les jours au chevet de son patient, il ne faut pas déléguer ni superviser les soins il faut les accomplir et s'assurer qu'ils sont bien réalisés et dans de bonnes conditions » (170) |
| | PAS LE CHOIX POUR LE MÉDECIN DU FUTUR | 1 | 0,65% | « Si le MG n'exploite pas cette opportunité en développant ses compétences son rôle sera vite caduque » (149) |
| | DÉVALORISATION DU MÉDECIN | 1 | 0,65% | « La dévalorisation du travail de Médecin, comme cela se passe entre les infirmières et les aides-soignantes, qui leur font de plus en plus concurrence » (86) |

TABLEAU 9 : CLASSEMENT DES CRAINTES CITÉES SELON L'IDÉE EXPRIMÉE ET LA CLASSE D'IDÉE À LAQUELLE ELLE APPARTIENT, DES RÉPONSES SONT CITÉES À TITRE D'EXEMPLE

| Classe d'idée | Idée | Nombre de participants ayant cité la réponse | Pourcentage de réponse parmi les craintes | Exemple de réponse (entre parenthèse le numéro du médecin ayant cité cette réponse) |
|--|---|--|---|--|
| | NON | 113 | | « Non, il faut changer les mentalités » (77) « Non, ça me semble inévitable » (137) « Aucune. C'est l'avenir » (151) « De toutes façons, les associations seront inévitables : le médecin seul, qui fait tout, sera bientôt de l'ordre du passé simple, et non passé composé ! » (177) « Non, ça me paraît nécessaire et inévitable » (32) « Le changement suscite la peur que pour ceux qui ne peuvent s'adapter au changement » (149) « Non, l'intervention des infirmières telle que décrite dans ton travail se fait déjà dans les services des urgences, donc cela est transposable » (181) |
| | SANS AVIS | 5 | | |
| CHANGEMENT DU RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | PERTE DU RÔLE (DOMINANT) DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUR DU CHANGEMENT | 11 | 15,49% | « Que le généraliste perde encore un peu plus son rôle central dans les soins de première ligne » (44) « Peur de perte de contrôle du rôle central du MG; déplacement de ce rôle vers l'IPA. » (6) « Oui, rôle encore central du MG? Rôle encore réduit face aux spécialité » (43) |
| | REMPLACEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 4 | 5,63% | « Que la MG finisse par disparaître remplacée par les infirmières qui pourrait envoyer vers la seconde ligne ensuite avec disparition du côté médical de la première ligne. C'est pourquoi les infirmières ne doivent pas pouvoir prescrire des médicaments (même chroniques) et des examens médicaux » (92) |
| | DISPARITION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 2 | 2,82% | « Disparition progressive du médecin généraliste !!! » (73) « Oui, ce ne sera plus de la médecine générale » (152) |
| | DÉVALORISATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 6 | 8,45% | « Diminuer notre travail, dévaloriser notre utilité et notre importance auprès des patients » « Une perte de l'identité du médecin généraliste... » (118) « Oui : la dévalorisation du travail de Médecin, comme cela se passe entre les infirmières et les aides-soignantes, qui leur font de plus en plus concurrence » (86) |
| | ÊTRE OBLIGATOIRE | 4 | 5,63% | « Dommage qu'elle serait imposée d'office si le patient est bien soigné sans elle » (84) « J'espère qu'elle ne sera pas obligatoire mais facultative » (20) |
| | DIMINUTION DU TRAVAIL RÉALISÉ PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 6 | 8,45% | « Il en faudrait plus plutôt que de déléguer les tâches à des gens qui ont une qualification moindre » (52) « Diagnostic, choix du traitement et prescription d'examen doivent incomber au médecin uniquement. Idem vs pharmaciens. A l'inverse, les actes infirmiers doivent être réalisés par l'infirmière et non le médecin. Chacun à sa place, mais en coopération étroite. Je suis opposé à réduire le rôle du médecin à fortiori généraliste aux seuls actes intellectuels. Prise de sang, soins de plaie, sutures... un médecin doit en être capable et pour cela, il faut de la pratique » (115) |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|----|--------|---|
| | | | | « J'apprécie parler de prévention et prendre le temps d'expliquer aux patients, de même réaliser des actes techniques comme bios ou sutures. Peut être perte d'une certaine diversité de la pratique en déléguant certaines tâches aux infis. » (179) |
| NIVELLEMENT PAR LE BAS | MÉDECINE AU RABAIS | 3 | 4,23% | « Oui je crains que cela soit un projet de "médecine" au rabais pour les futures économies du secteur de la santé dans notre pays » (51) « Oui, c'est un nivellement par le bas, le médecin va en faire de moins en moins, il va déléguer, estimer un caractère fonctionnel à une plainte au travers du regard de l'infirmier(ère) » (133) |
| | ERREURS MÉDICALES | 10 | 14,08% | « Erreurs et incohérences par rapport au médecin » (14) |
| | MANQUE DE SUIVI | 5 | 7,04% | « Peur de "louper" un résultat/suivi car prescription pas faite par moi » (164) « Celle d'une délégation de tâches sans réflexion derrière et sans bonne communication » (90) |
| | MANQUE DE VISION GLOBALE | 4 | 5,63% | « Risque de manque de vision globale par une pratique infirmière avancée » (46) |
| | MANQUE D'IMPLICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | 2 | 2,82% | « Elle n'a pas sa place sauf chez les administratifs et autres médecins qui n'ont pas envie de travailler (voir et assister leur patients) » (170) |
| RELATION MÉDECIN-INFIRMIER | PERTE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT | 10 | 14,08% | « Oui , peur d'un changement dans la relation avec patient » (164) « Faire disparaître l'aspect relationnel de la consultation de MG » (116) « Si, en tant que médecin, je crains qu'on ne vide de sa substance la relation médecin/patient et les soins très particuliers médecin généraliste/patient : oui » (139) |
| | RÔLES MAL DÉFINIS | 3 | 4,23% | « Non, si chacun reste à sa place. Certaines infirmières ont un caractère fort et ont tendance à s'imposer, ce qui est très désagréable et crée des tensions » (19) |
| | INCOHÉRENCES | 2 | 2,82% | « Erreurs et incohérences par rapport au médecin » (14) |
| | PROBLÈME DE CONFIANCE | 2 | 2,82% | « Oui, je ne suis pas certaine de pouvoir faire confiance » (144) |
| | APTITUDE DE L'INFIRMIER | 2 | 2,82% | « Voir le niveau de formation car certaines jeunes infirmières ne sont pas du tout apte à prendre en charge des patients » (159) |
| | RESPONSABILITÉ EN CAS D'ERREUR ? | 1 | 1,41% | « Qu'en est-il de la responsabilité ? » (188) |
| | PÉNURIE INFIRMIÈRE | 3 | 4,23% | « Crainte principale c'est déjà le manque d'infir et le bradage de leur profession--> ces initiatives peuvent les revaloriser » (21) « Pas assez d'infirmières sur le terrain » (119) |

4. Annexe IV : Le partage des tâches

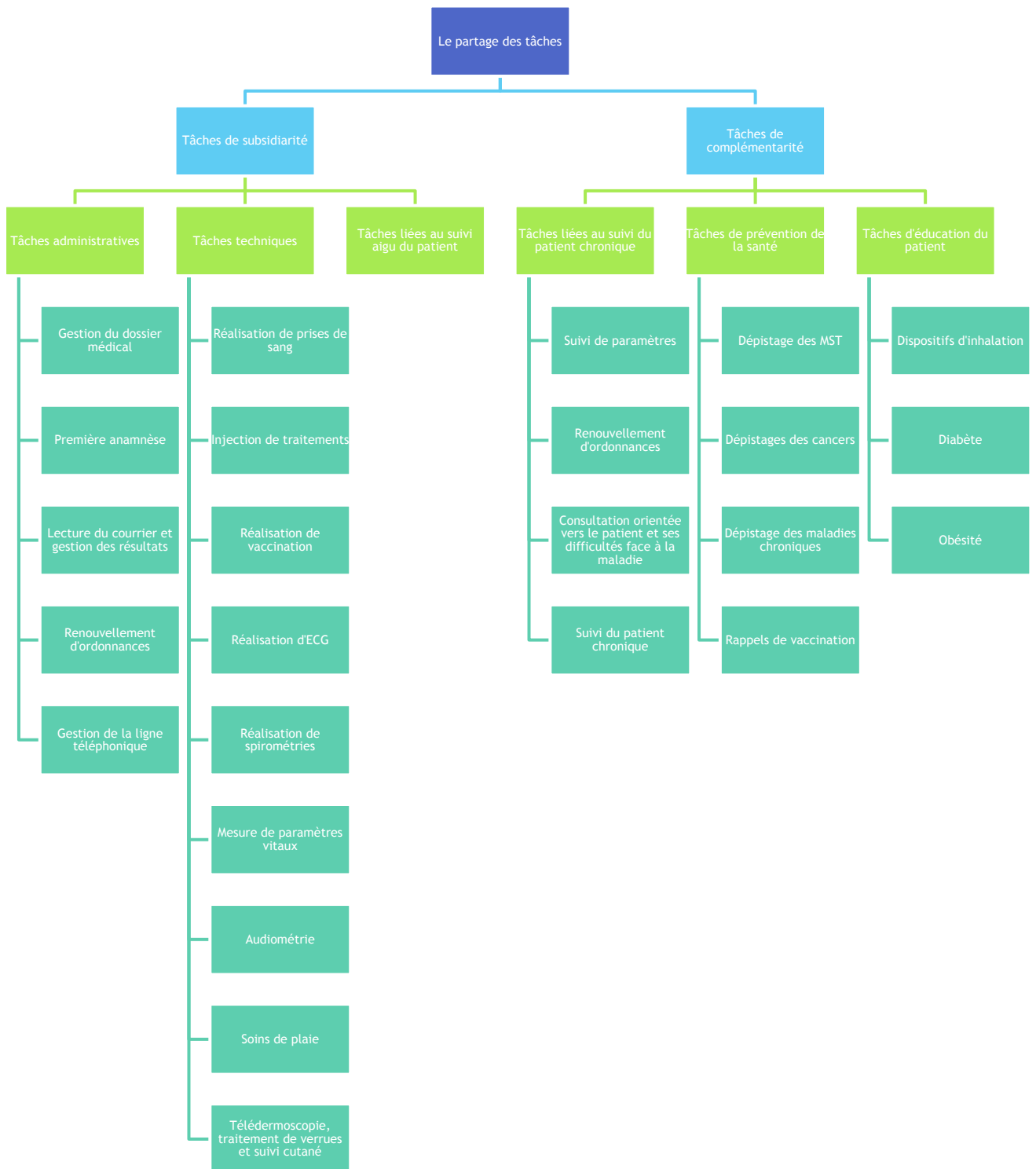


FIGURE 12 : ORGANIGRAMME DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES PAR CATÉGORIE AU SEIN DU PARTAGE DES TÂCHES (OBTENU PAR CLASSEMENT THÉMATIQUE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ET ÉTUDE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE)

5. Annexe V : Le secret médical

a. Article 458 du Code Pénal

Art. 458. Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et [celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise] à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement [d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement].

b. Article 10 de la Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002

Art. 10. § 1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

§ 2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

c. Le secret médical au sein des Codes de déontologie

« [L'infirmier] ne partage les données des soins qu'avec d'autres professionnels des soins qui ont la compétence légale et un lien thérapeutique avec le bénéficiaire, dans la mesure où ils ont besoin de ces informations pour leurs propres soins au bénéficiaire ».

Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge,

Conseil fédéral de l'art infirmier, 2017

« Le principe selon lequel le tout est plus que la somme des parties est central pour les soins de santé pluri- et inter-disciplinaires. Pour que le médecin puisse contribuer au traitement sécurisé et qualitatif du patient, il est nécessaire qu'il partage les informations utiles et nécessaires sur le patient avec les confrères et autres prestataires de soins impliqués dans le traitement du patient. Celui-ci doit en être informé et ne pas s'y être opposé. Les données de

santé du patient constituent une source essentielle d'informations dont le médecin doit disposer en vue de soins de santé de qualité ».

Code de déontologie médicale,
Conseil National de l'Ordre des Médecins, juillet 2019

6. Annexe VI : Lois relatives à la pratique des arts infirmiers et à la pratique infirmière avancée

a. Loi relative à l'exercice de l'art infirmier du 10 mai 2015

Art. 46. § 1er. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

- 1° a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social;
- b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers;
- c) collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit;
- d) informer et conseiller le patient et sa famille;
- e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades;
- f) assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil;
- [¹ g) engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;
- h) analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.]

2° les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire. Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, [² ou par le dentiste]² à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin [² ou par le dentiste]² ou à des mesures relevant de la médecine préventive.

3° les actes pouvant être confiés par un médecin [ou par un dentiste] conformément à l'article 23, § 1er, alinéas 2 et 3.

§ 2. Les prestations de soins infirmiers, tel que visées au paragraphe 1er, 1°, 2° et 3°, sont consignées dans un dossier infirmier.

§ 3. Le Roi peut, conformément aux dispositions de l'article 141, fixer la liste des prestations visées au paragraphe 1er, ainsi que leurs modalités d'exécution et les conditions de qualification requises.

b. Loi relative aux actes médicaux confiés

Art. 23. § 1er. Le Roi peut, conformément aux dispositions de l'article 141, fixer les conditions dans lesquelles les médecins [et les dentistes] peuvent, sous leur responsabilité et contrôle, confier à des personnes exerçant une profession paramédicale l'exécution de certains actes préparatoires au diagnostic ou relatifs à l'application du traitement ou à l'exécution de mesures de médecine préventive.

Le Roi peut également, conformément à la procédure prévue à l'article 141, fixer les conditions dans lesquelles les actes visés à l'alinéa précédent peuvent être confiés à des personnes habilitées à exercer l'art infirmier.

La liste des actes visés aux alinéas précédents, les modalités de leur exécution ainsi que les conditions de qualification requises sont arrêtées par le Roi, conformément aux dispositions de l'article 141.

Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis des Académies royales de médecine et après avis, chacun en ce qui le concerne, du Conseil fédéral des Sages-femmes, du Conseil fédéral de l'art infirmier, du Conseil fédéral de la Kinésithérapie et du [Conseil fédéral des professions paramédicales], la liste des activités qui ont trait à la vie quotidienne et qui ne relèvent pas de l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, de la kinésithérapie ou d'une profession paramédicale. Il peut, en outre, fixer les conditions auxquelles ces activités doivent répondre pour être considérées comme telles.

c. Loi relative à l'exercice de la pratique infirmière avancée du 22 avril 2019

Art. 46/1. [1 § 1er Nul ne peut porter le titre d'infirmier de pratique avancée s'il n'est porteur d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière tel que visé à l'article 45 et s'il ne répond pas aux dispositions du présent article.

Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral de l'art infirmier, les critères pour obtenir le titre d'infirmier de pratique avancée. Ces critères prévoient au minimum un diplôme de master en sciences infirmières.

§ 2. En plus de l'exercice de l'art infirmier tel que visé dans l'article 46, l'infirmier de pratique avancée pratique, dans le cadre des soins infirmiers complexes, des actes médicaux en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé du patient.

Les soins visés dans le premier alinéa sont pratiqués par rapport à un groupe cible de patients bien défini et sont posés en étroite coordination avec le médecin et les éventuels autres professionnels de soins de santé.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les activités que l'infirmier de pratique avancée peut pratiquer. Il peut également, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, fixer les conditions dans lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut accomplir ces activités.

§ 3. Les prestations infirmières de pratique avancée, telles que visées dans le paragraphe 2, sont consignées dans un dossier infirmier.]