

Médecins et soignants en santé communautaire – où en sommes-nous?

Dr ALEXANDER BISCHOFF et NATALY VIENS PYT



Rev Med Suisse 2018; 14: 1671-3

INTRODUCTION

Nous vivons plus longtemps et plus longtemps en bonne santé. Ceci est dû aux progrès réalisés en médecine, en santé publique et en technologie médicale. Les maladies aiguës ont nettement diminué. En contrepartie, cet allongement de la durée de vie accroît l'incidence des maladies chroniques; de plus, les gens souffrent souvent maintenant non pas seulement d'une, mais de plusieurs maladies chroniques.

Cette transition épidémiologique des maladies aiguës vers les maladies chroniques a des incidences dramatiques sur notre système de santé, notamment parce que les problèmes de santé chroniques nécessitent beaucoup plus de ressources (humaines et financières) que les maladies aiguës. De plus, le traitement des maladies chroniques est avant tout du ressort de la médecine communautaire.

MAIS EN FAIT, QUE SE PASSE-T-IL DANS LA «COMMUNAUTÉ»?

L'impressionnant développement des possibilités de diagnostic et de traitement nécessite de plus en plus de ressources financières, alors que justement elles tendent à diminuer, et ceci surtout dans la communauté. Malheureusement, ce sont le plus souvent les hôpitaux et la médecine de pointe qui utilisent la plus grande part des ressources, au détriment de la médecine de premier recours.

Le système de santé suisse, comme beaucoup d'autres, souffre d'une triple

centralisation: il est centré sur les hôpitaux, les médecins, et les spécialistes.

- Hospitalo-centrisme¹ signifie que la référence du système de santé reste l'hôpital, institution qui absorbe la plupart des ressources (financières, humaines, technologiques).

- Médico-centrisme signifie que le système de santé est conçu à partir de la profession médicale; ce sont les médecins qui détiennent les clés (financières, organisationnelles, de recherche, de l'accès aux caisses-maladie, du lien avec la politique).

- Spécialo-centrisme signifie que le développement dans le domaine sanitaire et médical est de plus en plus pointu et exige des connaissances spéciales (verticales), ceci au détriment des connaissances généralistes (horizontales), phénomène qui oppose les spécialistes aux généralistes.

Cette triade provoque l'extraordinaire cherté du système de santé suisse (lequel occupe le 2^e rang mondial).² Malheureusement la communauté ne profite pas nécessairement des investissements sanitaires, parce que la plupart de ceux-ci sont redistribués aux hôpitaux et aux médecins/spécialistes.

Il y a pourtant une évidence à voir, à redire, à comprendre: la médecine communautaire est efficiente et sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population est plus importante que celle de la médecine spécialisée.^{3,4} Les services de médecine communautaire seraient à même de fournir 90% de toutes les prestations nécessaires, si un dispositif interprofessionnel était mis en place.⁵

Comment inverser la tendance qui renforce «l'hôpital» au détriment de la «communauté»? Et comment privilégier les efforts dans le domaine de la santé communautaire? Existe-il des initiatives qui mettent l'accent sur les soins communautaires, qui aiguillent médecins et soignants – les plus grands groupes de professionnels de la santé – vers la communauté? Réponse en trois volets.

FAVORISER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le canton de Fribourg offrira un Master en médecine générale qui vise à préparer des médecins formés pour travailler en médecine communautaire. «Ce Master permettra de favoriser la médecine de premier recours et de lutter contre la pénurie de médecins généralistes, alors que la Suisse manquera de 2000 généralistes d'ici quatre ans.»^a Pour favoriser la médecine communautaire, un institut de médecine de famille verra le jour à Fribourg,^b suivant la tendance à créer ce genre d'instituts, appelés Institut de médecine de famille (Lausanne), Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences (Genève), Institut für Hausarztmedizin (Bâle, Berne, Zurich, Lucerne). Ces initiatives sont censées améliorer la couverture de la population en soins, notamment dans les régions périphériques, et pallieront en plus un problème particulièrement aigu en médecine communautaire: près de 30% des médecins généralistes sont âgés de 60 ans ou plus, et prendront leur retraite dans les années à venir.⁶

FAVORISER LA PRATIQUE INFIRMIÈRE DANS LA COMMUNAUTÉ

Les infirmières sont présentes et actives depuis longtemps dans la communauté. Elles sont souvent le premier lien et le maillon essentiel entre la population et le système de santé. La pratique infirmière actuelle dans la communauté est néanmoins appelée à évoluer pour répondre aux besoins de santé de la population.⁷

Depuis une dizaine d'années en Suisse, un nouveau type d'infirmières (et infirmiers) est né: l'infirmière de pratique avancée (IPA, ou APN, *advanced practice nurse*). Ce *new breed* des IPA a été développé dans les années 90 déjà, surtout dans les pays anglo-saxons (et n'est donc pas si

^a selon la RTS, www.rts.ch/info/regions/fribourg/7999479-fribourg-aura-son-nouveau-master-en-medicine-des-la-rentree-2019.html

^b cf. Universitas, Le magazine de l'Université de Fribourg – 03/2017/18 / L'Unifr au chevet de la médecine de famille, p. 36-9.

nouveau que ça).

Un accès de plus en plus réduit aux soins de santé, dû à la raréfaction des médecins généralistes en zones rurales, a été l'un des motifs principaux de recours aux IPA dans les pays anglo-saxons.⁸ Une revue de la littérature récente souligne la valeur des IPA dans les soins ambulatoires et montre que suite à leurs interventions des résultats cliniques similaires sont obtenus quant à la santé des patients, par rapport à des soins traditionnels.⁹

Qu'apportent les IPA? Leurs compétences premières sont «la pratique clinique directe, le coaching en tant qu'expertes, le conseil, la prise de décision pour les questions d'éthique, le travail interdisciplinaire, le leadership clinique et spécialisé, et leurs connaissances en recherche».¹⁰ Dans leur champ de compétences, les IPA exercent au sein d'équipes pluridisciplinaires en se concentrant sur la dispense de «soins directs au patient». Leur haut niveau de formation (Master) leur donne une large gamme de compétences, leur permettant de proposer des interventions allant des soins infirmiers «classiques» à des prestations de soins étendues. Elles contribuent à dispenser au patient des soins intégrés, et permettront également de promouvoir l'innovation dans l'offre de soins destinée à des populations de patients spécifiques, dans les hôpitaux, dans les unités de soins de longue durée, mais aussi à domicile.⁸

L'implication du personnel soignant en médecine communautaire est déjà très bien documentée dans certains pays (par exemple, pays scandinaves, Grande-Bretagne).¹¹ Il est d'ailleurs intéressant de voir que les pays qui obtiennent les meilleurs résultats en gestion des maladies chroniques sont aussi ceux qui impliquent les IPA en médecine communautaire.¹²

ET SI MÉDECINS ET SOIGNANTS COLLABORAIENT EN MÉDECINE COMMUNAUTAIRE?

En comparaison internationale, rares sont les équipes en Suisse dans lesquelles médecins de famille et IPA collaborent de manière interprofessionnelle. En conséquence, la position des médecins de famille sur les modèles intégrés impliquant médecins et infirmières en santé communautaire est peu connue, si ce n'est que les médecins accueillent l'implication des IPA en médecine communautaire avec un certain scepticisme. Steinbrüchel-Boesch et coll.¹³ ont étudié récemment comment

les médecins décrivent les formes possibles de coopération. Ayant élaboré, avec un groupe d'experts, des thèmes sur la collaboration interprofessionnelle, ils ont ensuite mené des groupes de discussion avec les médecins. Les résultats montrent que, d'abord, les médecins sont soucieux du maintien de la qualité actuelle des soins. Ils ne délèguent que lorsqu'ils sont sûrs que la qualité n'en souffre pas, et pour autant qu'ils restent la personne de référence, ce qui est, selon eux, aussi le souhait des patients.

Autre résultat: ils sont ouverts à une pratique collaborative, cependant la coordination est vue comme chronophage. Un médecin raconte: «J'ai maintenant un patient avec hémiparésie. Celui-ci a besoin de physiothérapie, ergothérapie, logopédie, soins à domicile (Spitex) et soins privés. Il est difficile d'assurer la coordination.»¹³ Il en va de même avec la communication et le réseautage. Par crainte que tout cela ne prenne trop de temps, les médecins interviewés sont réticents à initier le processus de collaboration et de délégation.

Finalement, les médecins généralistes avouent qu'ils ne connaissent que peu les compétences des IPA, et qu'ils ne savent pas très bien quelle est la différence entre une infirmière classique et une IPA. En revanche, les médecins qui, en plus de gérer leur cabinet dans une communauté, s'occupent de patients en EMS, sont conscients qu'une étroite collaboration avec les infirmières en EMS est cruciale, voire indispensable, notamment quand il s'agit de mesures diagnostiques. En général, si les médecins restent sceptiques par rapport à une autonomie des infirmières (prescriptions thérapeutiques), ils seraient favorables à ce que les infirmières IPA assurent le suivi de malades chroniques. Les médecins de famille interrogés admettent qu'ils pourraient s'imaginer collaborer avec des infirmières de santé communautaire (que ce soit IPA ou infirmières formées HES), du moment que «la qualité actuelle des soins reste garantie».

En résumé, il ressort de l'étude que la plupart des médecins interrogés ne sont pas au courant des compétences des infirmières engagées en santé communautaire, et se demandent si leur déléguer des tâches ne conduirait pas à une baisse de la qualité des soins.

La brève étude de Steinbrüchel-Boesch prend le caractère d'une *captatio benevolentiae* des médecins, cette expression de la rhétorique antique qui signifie: recherche de la bienveillance de l'auditeur. Elle peut servir à développer la bienveillance de mé-

decins n'ayant que peu, voire aucune expérience de collaboration avec des IPA.

Sans doute, la collaboration entre médecins de famille et IPA renforcerait les soins de premiers recours. Dernièrement, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié une étude, intitulée «Exemples de collaborations interprofessionnelles réussies»,¹⁴ qui met en lumière une distinction intéressante: «La collaboration interprofessionnelle s'articule autour de deux axes: un axe utilitariste, qui s'intéresse en premier lieu aux bénéfices en termes d'efficacité, respectivement de rationalité et d'objectivité (...); et un axe émancipatoire qui s'intéresse plutôt aux possibilités de mettre fin à la domination d'une profession (par exemple, médecins) sur une autre (par exemple, infirmiers) (...). Ainsi, il n'est pas surprenant que la collaboration interprofessionnelle soit aussi utilisée comme terme politique, voire comme terme de combat.»¹⁴

L'étude de Steinbrüchel ne saurait être rangée sous la catégorie «interprofessionnalité comme terme de combat». Il faut toutefois relever que dans les échanges avec les médecins de famille, il est question de délégation, et non d'interprofessionnalité. Avec la préoccupation de «garantir les compétences nécessaires», sont mentionnés des domaines que les médecins se réservent clairement, et d'autres qu'ils délégueraient volontiers pour se décharger. Une autre idée semble aussi ressortir de cette étude: «Les IPA fournissent des prestations que les autres corps de métiers n'assumaient pas suffisamment jusque-là, comme, par exemple, l'amélioration des compétences en matière de santé des patients souffrant de maladies chroniques».

Enfin, l'implication des IPA en médecine communautaire serait une façon de pallier le manque de médecins de famille, qui continue de s'aggraver, et qui préoccupe les médecins eux-mêmes. Et une fois qu'ils seront à la retraite, comme se le demande un médecin généraliste,¹³ «Qui va s'occuper des malades à domicile? Et en dehors des heures de service, qui offrira des consultations à ces gens? A ce moment-là, la volonté politique sera plus grande au niveau des prestataires de soins primaires (Grundversorgerseite) d'offrir des prestations fournies par des IPA en santé communautaire.»

CONCLUSION

Médecins et soignants en santé communautaire – où en sommes-nous? Nous

sommes toujours à l'hôpital. Mais comment inverser la tendance qui renforce «l'hôpital» au détriment de la «communauté»? Trois initiatives pourront rapprocher médecins et soignants (les deux grands groupes de professionnels de santé) de la communauté: favoriser et former les médecins de famille; favoriser l'introduction des infirmières de pratique avancée dans la communauté; et favoriser la collaboration interprofessionnelle. Le premier pas pour aller dans ce sens: développer la formation interprofessionnelle orientée vers la communauté pour les étudiants en médecine et soins infirmiers.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

CONSÉQUENCES PRATIQUES

- Encourager les initiatives communautaires face à l'hospitalo-centrisme
- Encourager le travail interdisciplinaire face au médico-centrisme
- Encourager des initiatives généralistes face au spécialiste-centrisme
- Encourager les initiatives visant la formation interprofessionnelle

- 1 WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care – now more than ever, ed. WHO. 2008, Geneva: World Health Organisation.
- 2 OECD, Focus on Health Spending. OECD Health Statistics. www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf
- 3 ** Starfield B. Global health, equity, and primary care. *J Am Board Fam Med* 2007;20:511-3.
- 4 *Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
- 5 Boerma W, Dubois CA. Mapping primary care across Europe, in *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. R. Saltman, A. Rico, and W. Boerma, Editors. Berkshire: Open University Press, 2006;22-49.
- 6 Gaspoz J, et al. Médecine interne générale: la relève au centre des préoccupations. *Bull Med Suisses* 2018;99:300-2.
- 7 *Morin D, Eicher M. La pratique infirmière avancée. *Rev Med Suisse* 2012;1680-1.
- 8 *De Geest S, et al. Infirmières de pratique avancée: une innovation qui pourrait bouleverser le système de santé français? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 2015;1:139
- 9 Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2014;20:1106-23.
- 10 Kieser U. Advanced practice nurse und clinical nurse specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen. *Pflegerecht* 2016;3:131.
- 11 Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, ed. J. Figueras, et al. Berkshire: Open University Press, 2006.
- 12 Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries, ed. *European*

Observatory on Health Systems and Policies. 2008, Copenhagen: WHO-EURO.

13 **Steinbrüchel-Boesch C, Rosemann T, Spirig R. Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten – eine qualitativ-explorative Studie. *Praxis* 2017;106:462.

14 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports* 2017;12:10.

* à lire
 ** à lire **absolument**

DR ALEXANDER BISCHOFF

Doyen R&D (Recherche et développement), PhD, MPH, RN
 Formations en soins infirmiers et en épidémiologie/santé publique
 Haute école de santé Fribourg, Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg
alexander.bischoff@hefr.ch

NATALY VIENS PYTHON

Directrice Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR)
 Professeure associée Université du Québec à Rimouski (UQAR)
 Bsc sciences infirmières, DIU Santé Publique, MaS Management
 Haute école de santé Fribourg, Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg
natalyvienspython@hefr.ch