

## Innovations dans le domaine des soins généraux ambulatoires par un recours accru aux professionnels de la santé non médecins

### Résumé

**Kilian Künzi, Patrick Detzel (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einsatz nicht-ärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Arbeitsdokument 27, Okt. 2007**

■ Bestellung des Berichts (nur in deutsch, mit französischer Zusammenfassung): Bundesamt für Statistik, 2010 Neuchâtel, Tel. 032 713 60 60, Fax 032 713 60 61, E-Mail: order@bfs.admin.ch, CHF 15.- (exkl. MWST), Bestell-Nr. 873-0704

■ Ein Literaturanhang mit den Abstracts der verwendeten Artikel ist als Web-Publikation des Obsans oder beim Büro BASS downloadbar

#### Inhaltsübersicht

Zusammenfassung

1. Ausgangslage und Fragestellung
2. Methodisches Vorgehen
3. Ergebnisse nach einzelnen Berufsgruppen
4. Schlussbemerkungen
5. Literaturverzeichnis
6. Anhang

#### Situation de départ

Le système de santé évolue constamment. Le problème d'une organisation aussi efficiente que possible des facteurs de production pose également la question du « skill mix » (autrement dit la combinaison des compétences des professionnels de la santé et le partage des tâches) des fournisseurs de prestations et se place dans le contexte de la pression croissante sur les coûts, de l'évolution de la technique médicale et de celle des données sociodémographiques (pa-

tients plus âgés et personnel de santé lui aussi vieillissant). A cet égard, les innovations dans la formation des professionnels de la santé, médecins et non médecins (qualification élevée dans des domaines de prestations qui se complètent) jouent un rôle important.

Dans le domaine des soins généraux ambulatoires, on craint à moyen terme un recul du nombre de généralistes en Suisse, en particulier dans les régions rurales. Ce phénomène est essentiellement dû au faible intérêt des étudiants en médecine pour un perfectionnement en médecine générale et au vieillissement des généralistes en exercice.

Ce thème a été abordé en mai 2005 à Lucerne, lors d'une séance « Dialogue » entre la Confédération et les cantons sur la politique nationale suisse de la santé. Les discussions ont en effet notamment porté sur la possibilité de faire intervenir davantage de professionnels non médecins dans le secteur des soins généraux ambulatoires à des fins de soutien, ainsi que cela se pratique déjà dans d'autres pays.

#### Mandat

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a chargé le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) de préparer un aperçu de la littérature internationale publiée sur le sujet et une présentation des premiers constats relatifs à la possibilité d'adapter à la Suisse les approches adoptées ailleurs. Concernant les professions présentant un intérêt dans ce cadre, le champ d'investigation a été limité à cinq professions dites réglementées, dont la formation s'effectue désormais dans le cadre d'hautes écoles spécialisées : infirmiers et infirmières diplômés, sages-femmes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens et diététiciennes. S'agissant des pays à étudier, le choix s'est porté sur les états suivants : Suisse, Allemagne, France, Pays-Bas, Danemark, Suède, Finlande, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande.

L'étude a porté prioritairement sur les **questions suivantes** :

■ Comment les professions non médicales participent-elles aux soins généraux ambulatoires ? Comment l'efficacité de leur contribution est-elle évaluée ? Dans quels domaines cette contribution permet-elle de décharger les médecins, voire de les remplacer ? Dans quels domaines a-t-elle une utilisation accessoire ?

■ Quelles possibilités d'intégration des professions non médicales dans les soins généraux ambulatoires leurs représentants voient-ils dans le contexte de la Suisse ?

■ Quelles conclusions tirer de la « crise (régionale) des soins généraux » ?

### Méthode

L'analyse a principalement porté sur des revues scientifiques « peer-reviewed », c'est-à-dire évaluées par des pairs, répertoriées dans les bases de données bibliographiques MedLine (ou son interface Internet PubMed) et EconLit. Des revues spécialisées britanniques (British Medical Journal, British Journal of General Practice, Journal of Advanced Nursing) ont constitué les principales sources d'information. Certaines revues suisses ont également été étudiées à titre accessoire. Dans ce cadre, il a été tenu compte de la littérature parue jusqu'au mois de juillet 2006 (environ 250 articles). Par la suite, cinq rencontres avec des représentants des groupes professionnels étudiés ont été organisées pour débattre de la question d'une possible mise en pratique des solutions proposées dans ces documents et évaluer la situation prévalant en Suisse.

### Résultats

L'intervention de personnel non médical dans la prise en charge ambulatoire est d'ores et déjà une réalité – sous des formes et à des degrés variables – dans la plupart des pays considérés, où l'on estime qu'elle contribue à résoudre différents problèmes :

■ **Résolution de problèmes d'accès et de répartition**, en particulier pour des régions rurales, mais aussi pour les soins de premier recours aux groupes marginaux (facilité d'accès), pour lesquels le recrutement de médecins se révèle difficile. L'aménagement de possibilités de choix supplémentaires pour les patients (par exemple prise en charge de femmes enceintes, traitement de douleurs dorsales non spécifiques ou questions diététiques) est également apprécié.

■ **Appui des médecins généralistes en place**, réduction de la charge de travail, amélioration de la satisfaction professionnelle. Cet appui consiste à aiguiller les patients ou à poser des diagnostics, ainsi qu'à assurer le traitement de maladies « simples » ou chroniques – par des infirmiers ou infirmières diplômés – ou de cas pouvant être pris en charge par des sages-femmes, des diététiciens ou diététiciennes, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes.

Du point de vue de l'organisation, l'intervention du non-médecin peut être placée sous la conduite d'un médecin généraliste, soumise à une supervision souple consistant en contrôles périodiques des actes, exercée en qualité de co-

praticien autorisé ou relever également de la responsabilité pleine et entière de l'intervenant (indépendant oeuvrant au service de l'office national de santé publique). Elle se déroule fréquemment dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins et de personnel non médical, par exemple au sein de centres de santé axés sur la médecine de premier recours. Dans cette situation, les infirmiers et infirmières diplômés et les sages-femmes ont également la compétence de prescrire des médicaments. Les Etats-Unis, notamment, connaissent l'accès direct aux physiothérapeutes, qui remplissent aussi la fonction de « gate keepers » – soit d'intervenant de premier recours – en matière de soins généraux.

■ **Potentiel de réduction des coûts**, puisque dans certaines situations, les non-médecins peuvent être plus efficaces en termes de coûts que les médecins, ce qui résulte directement de coûts de formation moins élevés pour le personnel non médical et de la rémunération plus modeste de ce dernier. Ce potentiel repose sur la conviction que pour des raisons d'efficacité, les spécialistes ou les personnes hautement qualifiées ne devraient remplir que des tâches spécifiques ou exigeant une qualification supérieure.

Dans ce cadre, les **difficultés** liées à une intervention accrue de groupes professionnels non médicaux sont également évoquées :

■ L'intervention de nouvelles professions peut nécessiter un effort de coordination plus important.

■ Les professionnels non médecins hautement qualifiés développent une autonomie dans un domaine précédemment occupé par les médecins, et ces derniers craignent la concurrence et un affaiblissement de leur position. En conséquence, le recours accru à des professionnels non médecins pour des raisons de politique sanitaire devrait reposer sur une claire attribution des compétences et être mis en oeuvre et en discussion avec le corps médical. Les exemples donnés par les pays scandinaves montrent des voies possibles.

S'agissant des différents **groupes professionnels**, les résultats sont les suivants :

#### *Infirmiers et infirmières diplômés / nurse practitioners*

Le recours à des infirmiers et infirmières diplômés ainsi qu'à des nurse practitioners (infirmières praticiennes et infirmiers praticiens) / advanced nurse practitioners (infirmières et infirmiers en pratique avancée) / physician assistants (assistants médicaux) est très répandu. Leur rôle est reconnu depuis des décennies aux Etats-Unis, au

Canada, en Australie, en Grande-Bretagne ou en Finlande. L'intégration de ces groupes professionnels est en revanche peu ou pas du tout développée dans les autres pays étudiés comme la France, l'Allemagne ou la Suisse. Par rapport à ces derniers, les Pays-Bas sont très en avance.

Les domaines d'intervention classiques sont les suivants : **triage/première consultation, prévention et traitement des maladies chroniques**. Les différentes études brossent un tableau très positif des expériences réalisées. Les infirmiers et infirmières diplômés obtiennent une **bonne efficacité**, tant au sein des cabinets qu'en dehors. Il n'y a guère de différences au niveau des processus thérapeutiques et des résultats (outcomes) entre les groupes professionnels « Médecins généralistes » et « Infirmiers et infirmières diplômés ». Chez les infirmiers et infirmières praticiens, les consultations durent un peu plus longtemps que chez les médecins ; la satisfaction des patients est légèrement plus élevée. Parfois, l'intervention des infirmiers et infirmières n'est pas substitutive, mais subsidiaire (par exemple dans le domaine de la prévention) ; il est toutefois difficile de faire une distinction claire et celle-ci dépend de plusieurs facteurs liés au contexte. Il n'est pas possible d'apporter une réponse tranchée à la question des **économies réalisées**, étant donné les différences entre les systèmes de santé. Selon certaines études, les économies sont garanties, selon d'autres, elles sont compensées par la productivité légèrement inférieure des infirmiers et infirmières praticiens. L'intégration de ces derniers peut apporter une réduction de la charge de travail des médecins. Les consultations considérées comme pouvant être déléguées, constituent entre 20 et 60% de l'ensemble des consultations. A cet égard, une très grande attention doit être accordée aux questions structurelles et organisationnelles si ce potentiel de substitution doit être exploité.

En **Suisse**, il n'existe pour l'instant aucune formation d'infirmière praticienne ou infirmier praticien (nurse practitioners). Nous connaissons en revanche depuis 2001 une filière d'études master à orientation clinique dont le diplôme permet d'exercer une pratique thérapeutique étendue. Ces infirmiers et infirmières en pratique avancée (advanced nursing practitioners – ANP) travaillent jusqu'ici essentiellement au sein d'hôpitaux universitaires et sont particulièrement formés à la prise en charge de maladies chroniques. L'orientation sur le contrôle de la maladie dont il est question ici, complète l'orientation médicale traditionnelle sur le diagnostic et la thérapie. De l'avis de l'experte interrogée, une telle approche pourrait également fonctionner dans les cabinets médicaux de Suisse, par exemple dans le cadre de modèles de managed care reposant sur des

équipes interprofessionnelles et un financement par capitation.

### *Sages-femmes*

Dans la littérature consultée sur le thème du « skill mix » dans les soins généraux, le couple « médecin / sage-femme » arrive en deuxième position après le couple « médecin / infirmier ou infirmière ». Outre les soins ambulatoires, on évoque ici également les soins hospitaliers (phase d'accouchement). L'accès aux sages-femmes, leurs compétences et la prise en charge des femmes avant, pendant et après l'accouchement sont très variables entre les pays considérés. La littérature est fortement marquée par la situation aux Pays-Bas, où le taux de naissance à domicile est très élevé par rapport aux autres pays (30%, contre environ 1% ailleurs). Les résultats des études s'intéressant à une **prise en charge continue** des femmes par une sage-femme font état **d'effets positifs** de cette forme de prise en charge (efficacité, satisfaction des patientes, efficience). Les femmes suivies par des sages-femmes nécessitent **moins d'interventions** (anesthésies épidurales, épisiotomies, etc.) que celles qui sont prises en charge par des médecins et l'état de santé de la mère et de l'enfant n'est pas moins bon. Pour tout ce qui touche à l'accouchement à proprement parler, l'intervention accrue de sages-femmes peut jouer un rôle substitutif par rapport aux médecins spécialisés ou aux gynécologues. Dans le domaine de la **prise en charge prénatale et postnatale**, en revanche, les généralistes seraient également concernés. La littérature internationale évoque parfois le retrait définitif des médecins généralistes de la prise en charge de la toute première phase de la vie humaine. Les grossesses à faible risque seraient suivies par des sages-femmes, tandis que les grossesses à risque le seraient par des gynécologues. Du point de vue de la continuité du suivi, l'intervention du médecin généraliste (avec la collaboration de la sage-femme) est considérée comme judicieuse. Les sages-femmes jouent un rôle important dans le cas des **accouchements à domicile**. Plusieurs pays s'efforcent depuis quelques années de faire à nouveau progresser le nombre d'accouchements à domicile dans le but de décharger les hôpitaux et de réduire les coûts. Des études comparatives soulignent le fait que dans le cas d'une grossesse normale, l'accouchement est aussi sûr à domicile qu'à l'hôpital.

Selon la représentante de la profession, il est jusqu'ici peu question parmi les sages-femmes de **Suisse** d'une éventuelle extension de leur rôle dans les soins généraux ambulatoires, dans la mesure où il existe des structures spécifiques de prise en charge telles que les maisons de

naissance. L'objectif pour l'avenir est généralement vu dans la possibilité d'un suivi continu à long terme des femmes, y compris en collaboration avec les généralistes. Et si l'on considère la situation aux Pays-Bas, la proportion d'accouchements à domicile pourrait être nettement augmentée dans notre pays.

### *Physiothérapeutes*

S'agissant de l'intervention des physiothérapeutes dans les soins généraux ambulatoires, la consultation de la littérature publiée sur le sujet donne des résultats variés. Des études réalisées dans les pays scandinaves mettent en évidence un effet positif des traitements physiothérapeutiques comparés à l'autotraitement ou à la prise en charge traditionnelle par le généraliste, par exemple pour les lombalgies chroniques. La littérature de Grande-Bretagne ou des Etats-Unis est parfois plus partagée sur le sujet. Dans l'ensemble, la physiothérapie pourrait jouer un rôle **plus subsidiaire que substitutif** dans le domaine des soins généraux. Son influence sur le nombre de consultations chez les médecins généralistes n'est analysée directement par aucune des études considérées et ne peut donc pas être évaluée. Par comparaison avec la situation prévalant dans d'autres pays, les physiothérapeutes exerçant aux **Etats-Unis** jouissent d'une large autonomie. Ils peuvent être consultés par les patients sans prescription médicale et peuvent facturer leurs prestations aux compagnies d'assurance en toute indépendance. Une étude datée de 2001 montre toutefois qu'au sein de la population, l'idée que les physiothérapeutes puissent assurer la fonction de « **gate keepers** », autrement dit d'intervenants de premier recours, n'est pas encore très répandue. Une étude néerlandaise évalue positivement une **consultation unique** (supplémentaire) menée par un/e physiothérapeute en coopération avec le médecin généraliste.

En **Suisse**, dans le cadre des soins généraux, les physiothérapeutes interviennent généralement sur prescription médicale. Compte tenu de l'évolution démographique, on peut tabler à l'avenir sur une proportion accrue de cas d'affections légères où la vie n'est pas menacée (douleurs, mobilité). C'est là que l'on situe un besoin accru en traitements physiothérapeutiques (report de l'entrée en établissement de soins) dans les soins généraux. De l'avis de la représentante de la profession, les physiothérapeutes pourraient également exercer une activité de consultation dans ce type de tableaux cliniques. Une certaine demande émanerait du corps médical et des assurances.

### *Ergothérapeutes*

Les recherches dans la littérature concernant le recours accru à des ergothérapeutes dans les soins généraux ambulatoires ont donné relativement peu de résultats. Les possibilités d'intervention se situent essentiellement dans le cadre d'**équipes de soins primaires multidisciplinaires** et de la prise en charge ou du traitement de douleurs dorsales, dans le domaine de la **réadaptation** et de la **mobilité**, par exemple pour des personnes en établissement médico-social. Dans l'ensemble, la littérature signale une bonne efficacité, mais reste muette quant à un possible rôle substitutif efficient du point de vue des coûts. Outre la prise en charge par le généraliste, la question de la substitution devrait essentiellement concerner ici la physiothérapie.

Pour la représentante de la profession, le recours accru à l'ergothérapie dans le cadre des soins généraux ambulatoires constitue en **Suisse** un sujet important. De nombreux petits cabinets d'ergothérapie seraient prêts pour une collaboration dans le cadre de réseaux. L'intégration de l'ergothérapie dans les centres de soins en Grande-Bretagne ou en Suède est suivie avec intérêt. Dans le canton de Vaud, il y a des ergothérapeutes employés au plan régional et intégrés à l'organisation Spitex. C'est dans le domaine de la gériatrie ambulatoire ou de la prévention (par exemple l'aménagement du poste de travail, l'utilisation dans l'AI, etc.) que l'on voit un important marché pour l'avenir.

### *Diététiciens et diététiciennes*

Par rapport aux pays européens, les diététiciens ont une importance plus grande dans les soins généraux ambulatoires aux Etats-Unis ou en Australie, où l'on recourt largement à leurs services tant pour la **prévention** du surpoids ou des maladies cardio-vasculaires que pour le **traitement des personnes en excès pondéral**. La littérature signale majoritairement une **bonne efficacité** chez certains groupes cibles. Les rares études consacrées à l'efficacité font état d'un **rapport coût-utilité positif**. La question de l'intervention des diététiciens dans le secteur ambulatoire reste relativement ouverte. On part néanmoins du point de vue que cette intervention est plus subsidiaire que substitutive.

Selon l'experte interrogée, les diététiciennes et diététiciens de **Suisse** se sont jusqu'ici peu penchés sur la question d'un rôle plus important de leur profession dans les soins généraux ambulatoires. Ils voient néanmoins des possibilités dans les domaines de la prévention et du traitement du diabète et du surpoids chronique ainsi que dans la prévention secondaire pour les patients

ayant déjà subi un incident cardiovasculaire, où les activités des médecins généralistes peuvent être complétées ou assurées par des spécialistes de la nutrition. Ces spécialistes peuvent en outre exercer une fonction de triage en cas de contact direct lié aux questions d'alimentation. La difficulté résiderait dans le fait qu'à l'heure actuelle, les diététiciens et diététiciennes sont parfois encore peu pris en considération par les médecins généralistes.

### Discussion et perspectives

Dans le domaine des soins généraux ambulatoires, la Suisse ne connaît pas encore – peut-être avec des exceptions dans le cas des sages-femmes indépendantes – de recours à du personnel non médical ou à des infirmiers et infirmières diplômés comparable à ce qui se pratique en Grande-Bretagne, en Finlande ou aux Etats-Unis.

La **possibilité d'adapter à la Suisse** les expériences réalisées ailleurs pose encore de nombreuses questions. Les études examinées ici indiquent toutefois que les activités du personnel non médical au bénéfice d'une formation de degré tertiaire présentent une qualité satisfaisante aux exigences médicales élevées en matière de soins et garantissant dans ce cadre la sécurité des patients.

Les représentants professionnels interrogés suivent avec intérêt les développements dans d'autres pays. Ils attendent de l'Etat le cadre permettant une intervention plus importante des professions non médicales dans les soins généraux en Suisse (adaptation des lois, tarification, etc.). L'objectif n'est pas la confrontation avec les généralistes, mais bien plutôt une collaboration visant à décharger ces derniers ou à compléter leur intervention. D'emblée, les **approches de type managed care**, telles qu'elles sont par exemple pratiquées dans les centres de santé finlandais, paraissent très prometteuses. Le personnel forme dans ce cas une équipe composée de professionnels médecins et non médecins. La prise en charge des patients est organisée sur le principe de la division du travail. Le triage initial et le traitement des affections « simples » (et fréquentes) incombent à des infirmiers ou infirmières diplômés expérimentés. Compte tenu de l'évolution démographique, il est vraisemblable que la demande en **soins médicaux à domicile** augmentera, une demande qui pourrait être comblée par des professionnels non médecins tels que des infirmiers ou infirmières praticiens en gériatrie (geriatric nurse practitioners).

Historiquement, le recours à du personnel non médical dans les pays considérés était la plupart

du temps motivé par une pénurie de médecins ou par la surcharge de ces derniers dans le domaine de la médecine de premier recours. Dans ce contexte, il convient de mentionner que certains de ces pays, en particulier la Grande-Bretagne ou les Etats-Unis, forment proportionnellement moins de médecins, ce qui induit nécessairement une autre répartition des tâches et une définition différente du rôle des professionnels de la santé. Il apparaît en outre que ce sont surtout des systèmes fortement réglementés comme ceux que connaissent la Grande-Bretagne ou les pays scandinaves qui ont développé le recours à des professionnels non médecins dans les soins généraux. Un point important concerne en outre les **efforts de professionnalisation et la progression de la compétence et des qualifications chez les professionnels de la santé non médecins** qui en découle. En Suisse également, en raison de cette évolution, la question de savoir si, dans certains domaines de la santé, des professionnels non médecins ne pourraient pas répondre aux besoins des patients aussi bien (voire mieux) que des médecins risque d'être régulièrement posée.

Compte tenu de la **pénurie de médecins** annoncée et crainte par divers experts ou de la **surcharge du dispositif d'urgence**, le recours accru à du personnel non médical constitue ici aussi un moyen (parmi d'autres, axés notamment sur la formation et le perfectionnement de médecins) d'atténuer la « crise de la médecine de premier recours ».

S'il se confirme que les infirmiers et infirmières diplômés ou d'autres professionnels non médecins peuvent intervenir efficacement et se substituer aux généralistes ou les décharger – les expériences d'autres pays et la plupart des études consultées allant dans ce sens – diverses **mesures** devraient alors être prises à moyen terme, par exemple :

- Mise en route ou adaptation des filières d'études des professionnels de la santé non médecins (professionnalisation) avec une priorité mise sur l'engagement dans les soins généraux ambulatoires, la légitimité de la division du travail reposant sur les compétences correspondantes, donc sur la formation.

- Redéfinition et attribution des rôles, des tâches, des compétences et des responsabilités des professionnels médecins et non médecins, associées à l'adaptation correspondante de la loi sur l'assurance-maladie. Cette voie ne peut se révéler efficace que si les différents domaines d'intervention et la collaboration (étroite) entre les différents groupes professionnels sont bien définis.

■ Promotion des modèles de managed care (équipes multidisciplinaires, médecins payés par des forfaits) par les assureurs et les fournisseurs de prestations. Adaptation des systèmes d'incitation actuels, qui ont tendance à charger les médecins, et ouverture à une différenciation économique du marché de la santé.

Outre **l'attitude des autorités politiques et des assureurs**, celle du **corps médical** est également déterminante pour la réussite de la mise en oeuvre. Une étude réalisée en Grande-Bretagne a par exemple montré que le recours accru à du personnel non médical avait bénéficié du plein soutien des médecins.

Pour une **recherche plus poussée**, la littérature survolée ici pourrait être étudiée de manière plus approfondie sous la forme d'une méta-analyse (qualité/poids des études).

La question de l'efficacité d'un recours accru aux professionnels non médecins (qualité, sécurité, satisfaction des patients, etc.) semble avoir été étudiée de manière relativement fiable. Les études traitant de la question de l'efficacité en termes de coûts et de celle de l'allègement de la charge de travail des médecins ou du transfert de certaines tâches sont en revanche plus rares. Sur ce point, des études-pilotes contrôlées et réalisées en Suisse pourraient fournir d'autres résultats (p. ex. Des chiffres comparatifs issus du managed care).

Une autre étude pourrait par ailleurs se concentrer sur les conditions du système et les questions d'organisation, et définir les étapes concrètes nécessaires à une mise en oeuvre en Suisse.