



John Nicolet

2015

Des infirmières praticiennes chez les médecins de famille ?

Perception des enjeux et perspectives

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine de Lausanne dans le cadre du
programme de maitrise universitaire en médecine

Sous la direction du Dr Lilli Herzig, responsable de la recherche au sein de
l'Institut Universitaire de Médecine Générale de Lausanne (IUMG)

Avant-propos

J'adresse tout particulièrement mes remerciements à la Dre Lilli Herzig, responsable de la recherche académique au sein de l'IUMG¹ et directrice de ce mémoire. Son support, sa grande générosité et son souci constant de faire évoluer la médecine de famille dans toute sa complexité, sont inspirants.

Je tiens également à souligner la contribution de la Professeure Diane Morin, ancienne directrice de l'IUFRS² pour ses conseils avisés et son rôle d'expert dans la réalisation et l'évaluation de ce travail.

Leurs commentaires judicieux ont permis d'approfondir ma réflexion tout au long des diverses étapes de réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Daniel Widmer, Brenda Spencer et Gilles Descloux pour leur aide dans l'élaboration et la rédaction de ce travail.

Je désire également remercier mes amis et les membres de ma famille qui m'ont supporté afin que je puisse réaliser ce projet.

Enfin, la réalisation de cette étude n'aurait bien évidemment pas été possible sans le concours des treize participants. Merci à vous de m'avoir accordé une partie de votre précieux temps.

¹ Institut Universitaire de Médecine Générale - Lausanne

² Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins - Lausanne

Sommaire

Avant-propos.....	2
Résumé.....	4
Introduction.....	5
Évolution de la démographie	5
Santé des personnes âgées et recours au système de soin	5
Hausse des coûts de la santé.....	6
Maladies chroniques	7
Soins primaires	8
Pratique infirmière avancée	9
Méthode.....	10
Résultats.....	13
Perspective des soins primaires	13
L'interdisciplinarité.....	15
Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS)	16
Avantages évoqués.....	17
Inconvénients craints	18
Garde-fous proposés	20
Quel modèle de collaboration ?	21
Et les patients ?	22
Considérations financières	24
Aspect de formation.....	24
Regards croisés.....	26
Discussion	27
Limite du travail	30
Conclusion	30
Bibliographie.....	31
Annexe 1 : grille d'entretien.....	33
Annexe 2 : formulaire de consentement	35
Annexe 3 : formulaire d'information.....	36

Résumé

Face aux défis que nous pose l'augmentation des maladies chroniques et des coûts de la santé, de nouveaux concepts de prise en charge se développent dans les différents pays.

Le modèle anglais, à l'instar d'autres pays anglo-saxons, consiste à confier une partie de la prise en charge des patients au cabinet du médecin de famille³, à des « nurses practioners » ou infirmières⁴ praticiennes spécialisées (IPS) en français. Ces infirmières sont compétentes pour traiter certaines pathologies. Pour ce faire, elles ont le droit de demander des examens médicaux, d'en interpréter les résultats et de prescrire un certain nombre de médicaments.

Comment est perçue la collaboration éventuelle avec une IPS dans un cabinet de médecine de famille par les différents professionnels de la santé en Suisse Romande ?

Ce travail se propose de récolter l'avis de médecins de famille ainsi que d'infirmières à travers des entretiens individuels. Le but est de recenser les principaux points de discussion soulevés par une implantation éventuelle de ce modèle en Suisse Romande.

En effet, cette pratique est nouvelle en Europe continentale où seuls quelques pays permettent actuellement aux infirmières d'effectuer certaines tâches normalement dévolues aux médecins (1). Néanmoins, ce modèle rencontre un intérêt grandissant auprès des gouvernements occidentaux et notamment helvétique, et est de plus en plus discuté dans la littérature médicale.

Dans ce contexte, il est intéressant de connaître l'avis des professionnels de la santé qui seront directement touchés par une éventuelle implantation de ce modèle, à savoir ici les médecins de famille (MF) et les infirmières.

Ce travail s'articule en trois points.

- Le premier chapitre brosse la situation sanitaire mondiale puis suisse permettant de comprendre les défis présentés à notre système de santé. Le modèle des IPS qui est une réponse à ces défis y est détaillé.
- La méthode et les résultats des différents entretiens explorant l'avis des participants quant au modèle des IPS sont exposés en thème
- Une discussion finale se propose de retenir les points importants liés à une éventuellement implantation des IPS dans les soins primaires en Suisse Romande.

Soins primaires – maladies chroniques – médecin de famille – Infirmière praticienne spécialisée – interdisciplinarité

³ Le terme « médecin de famille » est utilisé dans ce travail comme terme générique. Voir le chapitre « soins primaires ».

⁴ Dans le cadre de ce travail, tous les entretiens avec les infirmières ont été effectués avec des participantes femmes, le genre féminin est donc utilisé de manière éponyme.

Introduction

Évolution de la démographie

La population mondiale a connu plusieurs stades d'évolution. Sa croissance est faible jusqu'aux XVIIe et XVIIIe siècles, puis elle s'est accélérée pour atteindre un pic dans les années 1960. Le scénario « moyen » de l'ONU prévoit que nous serons 10,9 milliards d'êtres humains en 2100 et que ce nombre devrait se stabiliser.

Parallèlement à cette évolution, le vieillissement de la population est observé à l'échelle mondiale. Ce phénomène a premièrement été remarqué dans les pays occidentaux où la proportion de personnes âgées, définies comme les personnes de plus de 60 ans, est passée de 12 % à 20 % entre les années 1950 et 2000. Dans le même temps, cette proportion n'est passée que de 6 % à 8 % dans les pays en voie de développement.

Ce vieillissement de la population s'explique au niveau mondial par deux phénomènes qui fonctionnent en synergie, à savoir la baisse du taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie. Le taux de fécondité qui mesure le nombre moyen de naissances par femme est passé au niveau mondial de 5 à 2,7 entre 1950 et 2000. Sur la même période, l'espérance de vie, qui est généralement le premier des deux paramètres à évoluer, est passée de 46,5 ans à 66 ans. Même si l'allongement de l'espérance de vie est observé partout dans le monde, des grandes disparités existent par exemple entre le Sénégal (64 ans) et la Suisse (83 ans) (2). Il est à noter que les flux migratoires jouent aussi un rôle négligeable dans l'explication de cette évolution.

Ces deux phénomènes caractérisent la plus grande transition démographique qui s'est déroulée ou se déroule actuellement dans toutes les régions du monde. Si ces phénomènes furent observés plus tôt pour les pays occidentaux, il faut noter que la vitesse de vieillissement de la population qui en résulte est plus rapide dans les pays en voie de développement. Ainsi, alors que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans croissait d'environ 1,8 % dans les années 1950 au niveau mondial, il croissait en l'an 2000 de 0,9 % dans les pays occidentaux et 2,5% dans les pays en voie de développement (3). Ces derniers doivent donc faire face aux conséquences sanitaires liées à cette évolution dans un temps plus restreint et avec de moindres moyens. De plus, une part de plus en plus grande des personnes âgées se concentrera dans ces pays (4).

Les raisons qui sous-tendent cette transition démographique sont multiples (3). L'allongement de l'espérance de vie est expliqué par des progrès technologiques dans l'agriculture, qui permettent un meilleur accès à la nourriture, ainsi que des avancées en santé publique et en médecine qui améliorent le traitement et la prévention des maladies. Quant à la chute du taux de natalité, elle est attribuée, entre autres, à une moindre nécessité de faire beaucoup d'enfants, grâce à la baisse de la mortalité infantile, ainsi qu'à un meilleur accès aux moyens de contraception.

En prenant en compte tous ces phénomènes, L'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) estime qu'en Suisse le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait passer de 1,2 à 2 millions d'individus entre 2005 et 2030 et représenter environ un quart de la population (5).

Santé des personnes âgées et recours au système de soin

L'Office fédéral de la Statistique (6) observe non seulement un allongement de l'espérance de vie, mais également un allongement de l'espérance de vie sans incapacité fonctionnelle. Ce paramètre

est défini par le nombre d'années de vie qu'un individu peut espérer vivre sans être limité fonctionnellement, par exemple par un handicap ou une maladie. Ainsi, en 1992 un homme de 65 ans pouvait espérer vivre encore environ 15 ans, dont 2 ans avec une capacité fonctionnelle réduite. En 2002, l'espérance de vie à cet âge est passée à environ 17 ans, dont seulement 1,5 année avec une capacité fonctionnelle limitée.

Ces nouvelles données posent plusieurs questions concernant l'organisation de la société. Par exemple, le financement de la retraite est régulièrement discuté au niveau politique, notamment l'âge de l'arrêt de l'activité. En effet le vieillissement de la population, présenté ci-dessus, a comme conséquence que le ratio entre le nombre de personnes professionnellement actives et nombre de personnes à la retraite tend à diminuer.

Malgré l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées et la préservation de leurs capacités fonctionnelles, l'OFS observe également que plus une personne est âgée, plus elle a de probabilité d'avoir recours au système de soins, mais aussi que le volume de soins nécessaire devient plus grand. En reliant ces données aux coûts qui en découlent, on observe que les dépenses de santé augmentent linéairement jusqu'à l'âge de 55-60, puis de manière exponentielle ensuite (7).

Hausse des coûts de la santé

En 1975, les coûts de la santé représentaient environ 8% du PIB, alors qu'aujourd'hui cette proportion s'élève à 10.9%, ce qui est plus élevé qu'au Canada (10.4%), Royaume-Uni (8.9%) ou encore Finlande (8.5%), mais moins élevé qu'aux États-Unis (16.2%), aux Pays-Bas (11.8%), ou encore en Allemagne (10.9%) (8).

Le vieillissement n'explique cependant que partiellement l'augmentation des coûts de la santé puisqu'on estime que le vieillissement *per se* ne contribue qu'à environ 10 % à 25 % à la hausse des coûts de la santé. Ce chiffre est encore amoindri par les études qui séparent les coûts engendrés durant les dernières années de vie et les autres années de vieillesse. En effet, les soins consommés durant cette dernière période de la vie sont les plus coûteux, car ils nécessitent souvent de nombreuses hospitalisations. Une fois ces frais soustraits, l'augmentation des coûts de la santé en fonction de l'âge est encore plus modeste (7).

L'arrivée de nouvelles technologies médicales ou de molécules pharmacologiques contribue beaucoup à cette tendance de hausse des coûts. De nouveaux moyens thérapeutiques permettent en effet des prises en charge plus efficaces ou moins longues. Plus de patients peuvent recevoir des traitements augmentant ainsi le volume de soins délivré à la population. De plus, des avancées médicales permettent de diagnostiquer des maladies dans leur phase préclinique, c'est-à-dire avant les premiers symptômes. Cela signifie que des états qui étaient considérés jusqu'alors comme normaux, deviennent pathologiques et nécessitent un traitement qui lui-même implique un coût. Un exemple est celui du taux sanguin d'HDL cholestérol à partir duquel une prévention primaire est recommandée. L'association américaine de cardiologie vient récemment de descendre ce taux. (9) Ainsi, des milliers de personnes sont donc qualifiées comme nécessitant un traitement, alors que quelques jours avant elles étaient considérées comme saines.

D'autres facteurs générationnels, sociétaux et environnementaux sont également à prendre en compte. Par exemple, le modèle où l'on s'occupe d'une personne âgée au sein de sa famille a évolué, la prise en charge se faisant actuellement d'avantage en institution.

Parmi les affections pour lesquelles les personnes âgées sont traitées, les maladies chroniques occupent une place importante. Cela s'explique en partie, car l'apparition de ces maladies est fortement reliée à l'exposition à des facteurs de risques notamment cardiovasculaires. Plus une population vieillit, plus la probabilité qu'elle soit exposée à ces facteurs de risque est ainsi augmentée.

Maladies chroniques

Selon l'OMS, les maladies chroniques se définissent comme des maladies qui nécessitent une prise en charge sur plusieurs années, voire plusieurs décennies. Elles incluent quatre sous-catégories.

1. *Les maladies non-transmissibles*. C'est la catégorie de maladies chroniques les plus fréquemment reconnues et traitées comme telles dans les systèmes de soins. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies pulmonaires chroniques en sont les principaux représentants en termes de prévalence.

2. *Les maladies transmissibles persistantes* dont font partie les hépatites ou encore l'infection par le virus VIH nécessitent un traitement à vie chez des patients qui, dans certains cas, ont actuellement une espérance de vie comparable à la population générale (10).

3. *Les maladies psychiatriques chroniques* telle la dépression qui sera la maladie la plus prévalente après les maladies cardiovasculaires en 2020 avec le plus fort impact sur l'utilisation des filières de soins.

4. Les atteintes fonctionnelles et physiques continues.

Malgré l'amélioration de la santé des personnes âgées, les effets de nombres font que la prévalence des maladies chroniques notamment silencieuses, c'est-à-dire à un stade préclinique devrait augmenter dans les années à venir. Cette évolution s'observe non seulement dans la population âgée, mais également dans la population générale. En effet, alors qu'en 1990 moins de 50% du *Global Burden of Disease*⁵ était attribuable aux maladies chroniques, les projections estiment que leur part se montera à plus de 80% en 2020 (11).

En résumé, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques impliquent un important changement du type de population que les systèmes de santé devront prendre en charge. Devant ce tableau, de nombreuses recherches se sont intéressées aux éléments importants de la prise en charge de ces maladies, en voici deux exemples :

Au niveau du patient, ces études mettent en avant qu'une fois un diagnostic de maladie chronique posé, l'évolution de celle-ci dépendra essentiellement de la manière dont le patient se prend en charge personnellement, concept nommé "self-management" en anglais. Cela est défini par l'ensemble des actions qu'il effectue quotidiennement pour gérer sa maladie. « Les supports au self-management incluent l'éducation thérapeutique, la prise en charge interdisciplinaire du patient, mais également de sa famille, l'utilisation d'outils de prise en charge personnelle (glucomètre, sphygmomanomètre automatique), ainsi que des consultations régulières d'évaluation » (12).

⁵ Le Global Burden of Disease est un outil statistique d'évaluation dans le temps qui combine les années de vie perdues du fait d'une mortalité prématurée et celles qui le sont du fait des années vécues sans être en pleine santé [OMS]

À un niveau macrosocial, l'OMS observe que les systèmes sanitaires actuels sont prévus pour prendre en charge des pathologies aiguës telles que les maladies infectieuses qui représentaient la majorité des pathologies au début du XXe siècle. Leur prise en charge nécessite généralement des consultations courtes entre un soignant et son patient, pour traiter une plainte avec quelques tests diagnostiques qui aboutissent à un traitement simple et bref. Ce modèle est mal adapté pour traiter le nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques, dont la prise en charge nécessite des soins sur le long terme, où la relation soignant-patient est importante et doit être soigneusement construite, et dont « les multiples complications ne peuvent pas être simplement traitées séparément par plusieurs consultations courtes. [...] Un système de santé qui n'est pas capable de prendre en charge efficacement sur le long terme, les patients diabétiques, HIV-positifs ou souffrant d'une dépression ne servira bientôt plus à grand-chose » (11).

Une grande partie de ces recommandations se concentre sur les soins primaires et leur organisation. Cela n'est pas étonnant si l'on considère qu'ils sont le secteur du système de santé qui s'occupe de la prise en charge de ces maladies chroniques (13).

Soins primaires

Les soins primaires englobent principalement les médecins de famille, les pédiatres, les gynécologues et les structures de soins hors de l'hôpital, comme les homes pour personnes âgées ou en difficultés et les structures de soins à domicile. En 1978, ils sont définis internationalement lors de la conférence de l'OMS d'Alma-Ata (14). Définition que l'on peut résumer en disant que les soins primaires ont pour tâches de répondre à 90% des problèmes de santé pour 90% de la population.

Le médecin de famille est l'acteur principal de ce secteur. Selon la définition européenne du médecin de famille, c'est d'ailleurs la maîtrise de ce secteur qui le définit premièrement. La Société européenne de médecin de famille (WONCA Europe) à l'origine de cette définition pose au total six compétences principales maîtrisées par le médecin de famille :

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire
6. L'adoption d'un modèle holistique.

Plusieurs termes génériques existent pour définir ce médecin de famille : « médecin de premier recours », « médecin généraliste », « médecin omnipraticien ». Dans ce travail nous avons retenu le terme médecin de famille, étant donné que ce dernier est utilisé en Suisse Romande au niveau politique et académique.

Le secteur des soins primaires est actuellement confronté d'un côté aux changements démographiques et sanitaires exposés ci-dessus et de l'autre à une pénurie présente et future de soignants. En effet, depuis de nombreuses années un manque de médecins et d'autres professionnels de la santé notamment les infirmières est observé. L'observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) projette que 30% des consultations ne pourront plus être assurées par le système actuel si rien n'est entrepris d'ici 2030 (5).

Le manque de médecins se fait surtout ressentir dans certaines spécialités comme la médecine de famille, actrice majeure des soins primaires. Cette pénurie serait plus accentuée dans les régions plus périphériques (15). Les projections pour le futur ne montrent pas une évolution favorable de cette

situation. Des réformes sont en cours, mais actuellement encore trop peu d'étudiants en médecine sont formés dans les Universités suisses et une partie non-négligeable de praticiens atteignent l'âge de la retraite, ce qui aggrave la situation (15).

Certaines mesures ont déjà été ou seront prochainement adoptées en Suisse. Les facultés de médecine suisses augmentent leur capacité d'accueil, à l'instar de l'Université de Lausanne qui prévoit de former 25% de nouveaux médecins en plus par rapport à 2007. Le Conseil fédéral a également adopté d'autres mesures regroupées dans un « Masterplan » incluant une adaptation de la LAMAL, une hausse des tarifs des médecins de famille et un soutien à la formation académique en médecine de famille. La population soutient bien ces mesures puisqu'une initiative populaire visant à valoriser les soins médicaux de base a été acceptée en mai 2014. Ces mesures devront revaloriser le métier du médecin de famille (16) et permettront peut-être d'infléchir partiellement les prédictions de l'OBSAN. Mais est-ce que cela sera suffisant ?

Une situation similaire se retrouve dans beaucoup d'autres pays européens. Plusieurs solutions et stratégies y sont déjà testées : augmentation des capacités de formations de médecins, revalorisation du métier de médecin de famille, augmentation des rétributions, introduction de nouvelles modalités de collaboration interprofessionnelle pour le suivi de patients médicalement stables, mais dits « vulnérables », etc.

Du côté de l'organisation des soins primaires, le concept de prise en charge interdisciplinaire est souvent évoqué comme l'une des solutions pour pallier l'augmentation des besoins. Cette solution se décline largement dans les pays anglo-saxons comme en Angleterre, en Australie, aux États-Unis ou encore au Canada, où une partie des soins primaires de patients souffrant de maladies chroniques à hautes prévalences est assurée par les « infirmières praticiennes spécialisées » (IPS / Nurse Practitioner) (17). Ces IPS font partie des infirmières dites de « pratique avancée ».

Pratique infirmière avancée

La terminologie et les compétences des infirmières ayant beaucoup évolué et n'étant pas les mêmes entre les différents pays, ce chapitre pose quelques définitions.

Le terme « infirmières de pratiques avancées » désigne généralement les infirmières qui effectuent plus de tâches ou qui ont plus de responsabilités qu'une infirmière au sens classique du terme. Le *Conseil International des Infirmières* le définit ainsi :

Une infirmière spécialiste / experte est une infirmière diplômée d'État 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 est recommandée (18).

Ils se déclinent en deux groupes : (19)

- *Les infirmières cliniciennes spécialisées* sont spécialisées dans le champ des soins infirmiers. Elles interviennent en tant qu'expertes auprès de leurs collègues dans des problématiques infirmières complexes. Elles contribuent à la mise en place et à l'amélioration de la pratique infirmière basée sur les preuves (Evidence-based Nursing) et sont, dans cette optique,

formées à la recherche académique. Actuellement, elles exercent principalement dans les services hospitaliers. Ce type de soignante existe déjà en Suisse où elles ont été introduites pour la première fois à Bâle en 2000. L'université de Lausanne propose actuellement un master en soins infirmiers menant à cette profession.

- *Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS)* quant à elles prennent en charge des patients ayant reçu un diagnostic d'une pathologie à haute prévalence et incidence (diabète, HTA, asthme, etc.), pour lesquelles ils ont été stabilisés médicalement, mais qui requièrent un suivi médical relativement standardisé. Les IPS ont la responsabilité médicale et légale de procéder à ces suivis. Elles peuvent effectuer certains actes médicaux, prescrire certains médicaments, en assurer les suivis et interpréter certains tests diagnostiques. Les IPS travaillent de manière indépendante en partenariat d'affaires, c'est-à-dire sans rapports hiérarchiques avec le MF. Elles peuvent travailler dans des services d'urgences, au bloc opératoire, en néphrologie, cardiologie, néonatalogie, santé mentale ou encore en soins de premier recours dans un cabinet de médecine de famille, lieu de travail qui est discuté ici.

Le rôle d'IPS s'est surtout développé ces vingt dernières années, bien que son origine remonte aux années soixante. En effet, dans l'après-guerre, les différentes spécialités médicales se développèrent et s'approfondirent rapidement, de sorte que beaucoup de médecins en formation se sont spécialisés, créant les prémices d'une pénurie de MF. De plus, en 1965 les programmes sanitaires américains Medicaid et Medicare ont offert une couverture de santé aux vétérans de guerre et aux plus pauvres. Dans les mois qui suivirent, la demande en soins primaires explosa et les médecins de famille furent débordés, notamment en milieu rural. Devant ces grands besoins, certaines infirmières expérimentées commencèrent alors à seconder les MF et à dispenser des soins primaires. Des cursus de formations furent ensuite mis en place, ces infirmières gagnèrent de plus en plus en indépendance pour arriver au statut d'IPS actuelle. Ce modèle est surtout répandu dans les pays anglo-saxons, certainement à cause de la proximité culturelle (20).

Notre étude se concentre essentiellement sur les IPS, car ce sont ces soignants qui pourraient jouer un rôle dans les soins primaires selon les orientations de santé publique, en réponse à la pénurie des médecins et en lien avec des partenariats consentis de collaboration. Ce genre d'innovation en soins de premier recours, même si son efficacité pour des problèmes de santé courants semble démontrée (21) (22), ne peut être mise en place que si le besoin est jugé pertinent, réaliste et raisonnable, et s'il existe des ententes et des modalités pratiques de partenariats. Ce travail s'intéresse justement à la pertinence du besoin et aux perceptions des médecins de famille face à d'éventuelles ententes ou modalités de collaboration interprofessionnelle avec des IPS.

Méthode

Ce travail est une étude de recherche qualitative basée sur treize entretiens individuels semi-structurés avec des médecins et des infirmières, visant à découvrir l'avis des participants quant à une implantation du modèle des IPS dans les cabinets de médecine de famille en Suisse romande. Le but est de recenser les principaux points de discussions à ce sujet puis de les mettre en perspective avec la littérature. La discussion met ensuite en exergue les points les plus intéressants. Cette étude y compris son protocole et sa grille d'entretien ont été approuvés par la commission cantonale d'éthique du canton de Vaud en novembre 2013.

Il est à noter que ce travail se veut le plus exhaustif possible sur les différents items soulevés par la problématique, mais non pas représentatifs de l'ensemble des professionnels de la santé, d'où le choix d'un nombre restreint, mais diversifié de participants. Le but n'est pas non plus de produire un travail explicatif sur les raisons intrinsèques (personnelles, politiques, économiques) qui motivent les avis de chaque participant, mais d'inventorier ces réponses et de les confronter à la réalité d'autres pays où les IPS sont actives ainsi qu'à la littérature appropriée. L'auteur est toutefois conscient que les réponses des participants sont conditionnées par ces raisons intrinsèques et en a pris compte dans son analyse (voir chapitre « limites du travail »).

La sélection des différents participants MF a été faite pour avoir un groupe le plus diversifié et donc exhaustif possible selon le sexe, le lieu de travail (périphérie vs centre) et l'âge (jeune vs âgé). Le tableau 1 représente la répartition des différents participants.

	sexe	Jeune	expérimenté	cabinet situé en ville	cabinet en périphérie
MF1	homme		✓		✓
MF2	homme		✓		✓
MF3	femme		✓	✓	
MF4	homme	✓		✓	
MF5	femme		✓		✓
MF6	homme	✓		✓	
MF7	homme	✓			✓
MF8	femme	✓			✓
MF9	homme	✓			✓

Tableau 1 : caractéristiques des participants médecins

Afin d'étoffer les résultats et d'élargir la réflexion, quatre infirmières ont été interrogées. Etant donné que les IPS n'existent pas encore en tant que tels en Suisse, nous avons contacté des infirmières dont le travail actuel s'en rapproche le plus. Ainsi, l'étude inclut deux infirmières classiques se rendant à domicile et deux infirmières cliniciennes (voir définition ci-dessus).

	Infirmière classique travaillant au CMS	Infirmière clinicienne travaillant dans hôpital public
INF1		✓
INF2		✓
INF3	✓	
INF4	✓	

Tableau 2 : caractéristiques des participantes infirmières

Le nombre de participants autant pour les infirmières et médecins, a été arrêté durant l'étude lorsqu'un nouvel entretien n'amenait plus de données.

Les participants ont été recrutés avec la collaboration de l'institut universitaire de médecine générale (IUMG) de Lausanne et de l'institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) de Lausanne, ainsi que par simple bouche-à-oreille. Ils n'ont pas reçu de compensation financière pour les participations, mais un petit cadeau sous la forme d'une boîte de chocolat leur a été offert après les entretiens. La signature d'un consentement éclairé leur a été demandée. Les entretiens sont guidés par une grille d'entretien consultable en annexe. La durée des entretiens est de 25 à 50 minutes et ils se déroulent dans des lieux choisis par les participants.

Cette grille d'entretien a été développée par l'investigateur principal de l'étude en collaboration avec la tutrice et en respectant les règles de la recherche qualitative. Sa structure a été réfléchi afin de sonder la perception des participants sur un maximum d'aspects relatifs à une collaboration MF-IPS dans le cadre d'un cabinet de médecine de famille. À savoir : avantage, inconvénients, responsabilités, qualités de la prise en charge, formation, menace et intérêt d'un tel modèle ainsi que la réaction attendue des patients. La dernière question consiste à demander aux médecins de s'imaginer les réponses des infirmières et vice-versa.

La grille d'entretien a été soumise à la critique de l'investigateur responsable, de l'expert, d'un MF actif dans la recherche académique ainsi qu'à une experte en recherche qualitative en milieu médical. La grille a été ensuite adaptée selon leurs différents commentaires.

Tous les entretiens ont été soigneusement écoutés et analysés par l'investigateur principal afin de recenser tous les items qui ont émergé des propos des participants. La fréquence de chaque concept a ensuite été confirmée par une seconde écoute. Les différentes figures en « radar » représentent ces fréquences d'apparition dans les propos pour chaque partie des entretiens. L'ordre de la présentation des résultats respecte celui des chapitres de la grille d'entretien.

Il a été décidé de ne pas effectuer une transcription complète des entretiens. Car celle-ci aurait surtout apporté des données sur le profil des participants et sur la manière dont ils structurent leurs idées. Or le but étant ici surtout de recenser les différents items, une ré-écoute multiple nous semble pertinent.

Par exemple, la figure 1 représente ces résultats suite à la question : « *Quelles sont pour vous les perspectives des soins primaires en Suisse Romande pour ces vingt prochaines années ?* ». L'item « augmentation de la quantité de travail » est recensé dans bien plus d'entretiens que celui de « mauvaises perspectives ».

Les résultats sont ensuite présentés en respectant l'ordre des questions de la grille d'entretien. Les avis des participants sont mis en perspective de la littérature lorsque celle-ci est disponible à ce sujet.

Résultats

Perspective des soins primaires

La première question posée aux participants est, selon eux : « Quelles sont les perspectives des soins primaires pour les 20 prochaines années en Suisse Romande ? ». La figure 1 illustre l'incidence des items émergents des différents entretiens.

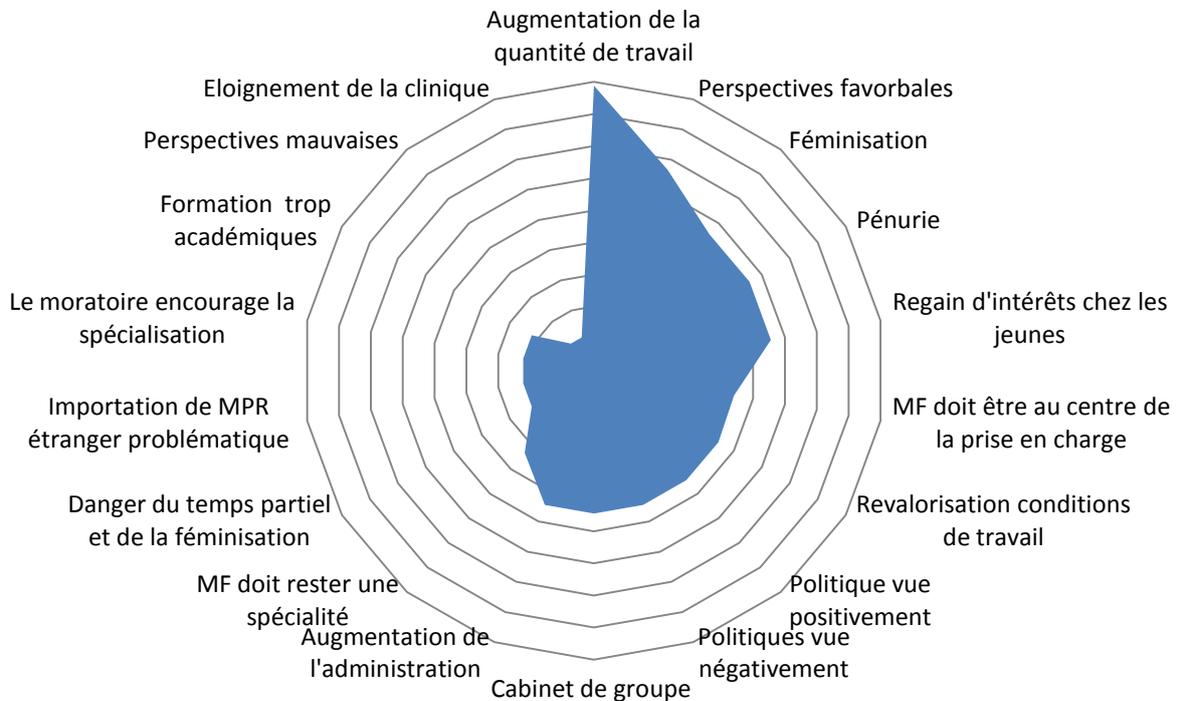


Figure 1 : La perspective des soins primaires.

Premièrement, l'ensemble des médecins met en avant une *augmentation de la quantité de travail*. Ils parlent de cela en se référant à la fois à leur expérience professionnelle (en particulier pour les plus âgés), et à leurs connaissances de différentes statistiques démographiques et médicales. Deux explications émanent à ce propos : l'une concerne l'accroissement du nombre de patients dont un médecin de famille doit s'occuper. L'autre est que la *charge administrative* demandée par patient est de plus en plus grande. Deuxièmement, la plupart des médecins qualifient spontanément l'avenir de la médecine de famille comme étant *favorable*. Plusieurs points allant dans ce sens sont d'ailleurs évoqués. À titre d'exemple, il est attendu une *amélioration des conditions de travail*, notamment en termes de salaire et de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Aussi, la possibilité d'effectuer plus d'examens sanguins au cabinet en les remboursant mieux est jugée favorable. Ces changements expliquent pour certains un *regain d'intérêt chez les jeunes en formation* pour la médecine de famille. Les cabinets de groupes sont évoqués plusieurs fois dans les entretiens comme étant le modèle qui prévaudra à l'avenir pour les nouveaux médecins de famille. Plus de la moitié des participants juge que la médecine de famille doit rester au centre de la prise en charge ambulatoire.

La *pénurie* des médecins de famille est abordée spontanément par un peu plus de la moitié des médecins, mais avec des perspectives qui diffèrent. Ainsi, un des médecins interrogés, tout en étant attentif aux besoins de soins actuels de la population, déclare :

Quand je me suis installé ici il n'y avait qu'un seul autre médecin dans la région. Maintenant on est sept médecins à plein temps pour la même région dont la population a seulement doublé. La pénurie, c'est quelque chose de très relatif. *MF1*

Outre l'aspect démographique évoqué plus haut, plusieurs éléments sont mis en avant autour du thème de la pénurie des médecins de famille. La féminisation de la profession, ainsi que l'augmentation des temps partiels sont évoquées comme faisant partie de la problématique. Certains participants déclarent en effet que, bien que la volonté de travailler à temps partiel puisse être compréhensible, elle a pour effet d'accentuer le phénomène de la pénurie. Un autre médecin craint d'ailleurs qu'une revalorisation salariale, entraîne à terme, une baisse du temps de travail. Les médecins pourraient en effet travailler moins d'heures tout en gagnant le même salaire qu'actuellement. Deux médecins jugent que le moratoire sur l'ouverture des nouveaux cabinets médicaux a retenu les médecins en formation dans les hôpitaux, où ils se sont spécialisés petit à petit.

Les personnes interrogées voient les dernières décisions politiques sur la médecine de famille autant négativement que positivement. Un médecin estime, par exemple, que les actions communales et cantonales sont positives, mais que la politique fédérale est éloignée de la réalité :

Nous avons un très bon soutien de la part des communes et des cantons ! Osons en profiter ! [...] Au niveau fédéral, M. Couchepin nous a presque rendu service sans le vouloir, tant il a pris des décisions destructrices. Ces dernières ont provoqué une grande colère et un mouvement qui a eu un impact sur le monde politique ! *MF1*

Certains se réjouissent de la tournure des événements, tout en restant prudents. Un jeune médecin de famille l'exprime ainsi :

Les mesures politiques vont dans le bon sens, même si dans les faits je n'en observe pas encore leurs effets, mais au moins cela a un effet symbolique très fort. *MF7*

Quatrièmement, la question de la formation des futurs médecins de famille est abordée de différentes façons. Trois médecins sur les neuf estiment important que la *médecine de famille reste une spécialité*. Ils déploieraient par là que la formation en médecine générale se raccourcisse. Un médecin assistant qualifie sa formation comme trop hospitalo-centrée, regrettant de ne pouvoir se former davantage en cabinet, mais déclarant néanmoins que cela serait difficile à réaliser pratiquement. À ce propos, un médecin installé dit :

Aujourd'hui, la formation médicale est longue, élitiste, citadine, académique et donc trop loin des réalités du terrain. C'est un problème en particulier pour les futurs médecins généralistes. *MF7*

La question de l'arrivée de médecins étrangers en nombre est également abordée. Un médecin estime que cette pratique ne pourra éthiquement pas s'étendre sur le long terme. Un autre se pose la question de la formation de ces médecins étrangers, étant donné que celle-ci est plus courte dans certains pays européens.

Mise en perspective

Une étude récente sur l'évolution de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud fait la synthèse d'environ 80 acteurs du domaine : professionnels de la santé, politiciens, académiciens (23). Ces résultats et l'avis des participants de notre étude concernant les tendances en médecine générale concordent en partie : normalisation du cabinet de groupe, féminisation de la profession de MF, revalorisation des conditions de travail nécessaire, problématique de l'importation de médecins de l'étranger.

Ces résultats montrent également que les cabinets des MF seront de plus en plus souvent aux mains des collectivités locales et des groupes financiers. La coordination des soins entre les différents soignants sera également plus accentuée, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques. Ce qui impliquera une certaine perte de liberté pour le patient.

L'interdisciplinarité

L'avis des participants sur l'interdisciplinarité fait surtout office de question d'introduction à la problématique principale, à savoir la place éventuelle des IPS au cabinet du MF.

La question est ainsi posée aux médecins et aux infirmiers: « *Quel est votre avis au sujet de l'interdisciplinarité ?* » Les résultats présentés ici et illustrés dans la figure 2 sont donc très généraux, les aspects détaillés étant traités dans les prochains chapitres.

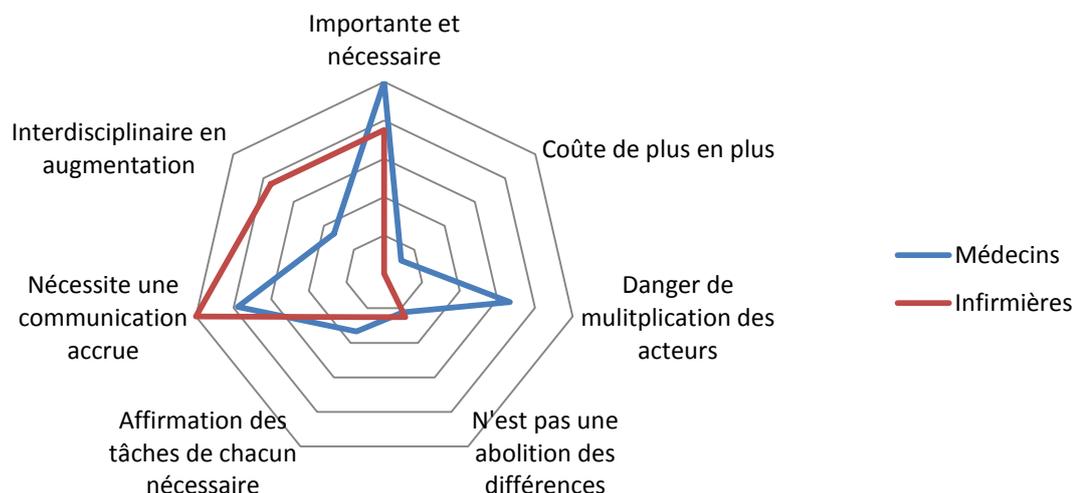


Figure 2 Avis au sujet de l'interdisciplinarité

Comme on le voit dans la Figure 2, une majorité des participants, tant médecins qu'infirmières relève la nécessité de l'interdisciplinarité dans leur pratique quotidienne. Un médecin déclare :

L'interdisciplinarité est toujours là. Il est impossible de pratiquer la médecine tout seul dans son coin. *MF5*

La liste des collaborations évoquées est grande : infirmières à domicile, physiothérapeutes, médecins de famille, médecins spécialistes, EMS, assistantes sociales, etc. Cette coopération est souvent qualifiée de manière positive dans les entretiens et surtout désignée comme *importante* dans la prise en charge des patients. Aussi, *la nécessité d'une communication forte* est évoquée presque à chaque fois dans les entretiens. Les participants l'abordent souvent en présentant des situations vécues où la communication n'a justement pas été suffisante. Un médecin l'illustre ainsi :

Un patient vient de rentrer à son domicile après une hospitalisation et est pris en charge par le CMS. Son traitement a été changé durant son séjour hospitalier, sa lettre de sortie ne m'a pas encore été communiquée. L'infirmière à domicile m'appelle me demandant de valider son nouveau traitement. Comment voulez-vous que je prenne cette responsabilité si je n'ai pas les informations nécessaires ? *MF4*

Un autre point fréquemment abordé est celui de la place que prend *l'interdisciplinarité* dans la prise en charge des patients. On peut considérer que cet aspect est abordé de deux manières différentes. Une partie des infirmières constate une importante croissance de la collaboration interdisciplinaire dans leur travail. Certaines travaillent par exemple dans de nouveaux types de structures de prise en charge pour des patients chroniques et font le lien entre l'hôpital et la prise en charge ambulatoire. Une partie des médecins évoquent quant à eux un risque de voir une multiplication des acteurs se produire autour d'un patient. Un médecin installé depuis longtemps déclare à ce sujet :

Certains nouveaux modèles introduisent de nouveaux intervenants, coûtent cher en termes de personnes et de moyens, mais n'améliorent pas la qualité de la prise en charge par rapport à ce qui se faisait précédemment. *MF1*

Enfin plus minoritairement, quelques participants médecins et infirmières, mettent en avant certains principes de la prise en charge interdisciplinaire. Un médecin l'exprime ainsi :

La multidisciplinarité a développé un certain nombre de fantasmes. Ce n'est pas l'abolition des différences, mais leur reconnaissance réciproque. *MF1*

Mise en perspective

Une méta-analyse de l'Université de Bern (24) est consacrée à l'efficacité des approches interdisciplinaires dans la prise en charge des maladies chroniques. Cette étude montre que de telles prises en charge sont bénéfiques pour les patients, bien que les résultats soient moins marqués selon le type de pathologies considéré ou l'effet mesuré (mortalité, morbidité, etc.). L'étude conclut que les approches interdisciplinaires qui sont bien intégrées dans les systèmes de santé et qui ont un bon système de gouvernances sont plus efficaces.

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

Après avoir discuté de thèmes plus généraux, les entretiens sont dirigés autour de la problématique principale de cette étude, à savoir les IPS. Comme expliqué plus haut, le modèle des IPS n'existe pas

encore en tant que tel en Suisse Romande. Afin que les entretiens traitent du même objet et que les résultats soient comparables, ce modèle a donc été présenté ou répété aux participants.

Après la question d'introduction « Quelle est votre avis sur le rôle éventuel de ces personnes dans les soins primaires en Suisse ? », des sous-questions de relance ont été utilisées afin d'explorer de manière plus approfondie la perception que les participants déclarent avoir de ce modèle. La présentation des résultats est organisée selon l'ordre de ces questions de relance.

Avantages évoqués

Il est à rappeler que le modèle questionné dans ce travail se limite à celui d'une IPS collaborant avec un médecin de famille dans le même cabinet, comme cela est exposé ci-dessus dans le chapitre « Méthode ». La figure 3 représente les concepts qui émergent des différents entretiens suite à la question « Quels seraient les avantages ou les forces d'un tel rôle (d'IPS) »

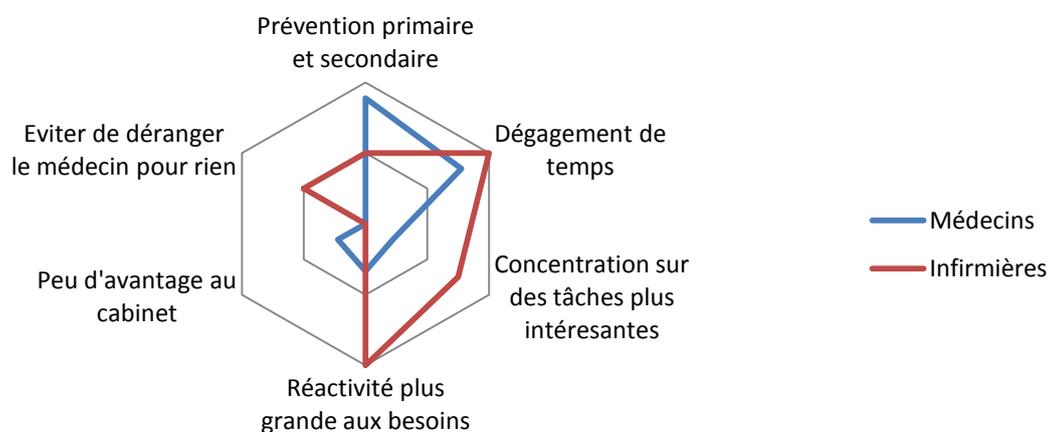


Figure 3 Avantages d'un IPS en cabinet de médecine de famille

Lorsqu'on demande aux participants de s'imaginer travailler dans un tel modèle de prise en charge et d'évoquer les éventuels avantages qu'ils y verraient, les réponses se concentrent essentiellement autour de la planification temporelle.

Une majorité des médecins déclare que de collaborer avec de telles intervenantes leur permettrait de *libérer du temps pour d'autres tâches*. Certaines infirmières pensent que ce temps libéré permettrait aux MF de se concentrer sur la prise en charge de cas plus complexes médicalement.

Les préventions primaires et secondaires, comme l'enseignement thérapeutique par exemple, sont évoquées par les participants comme pouvant être facilement déléguées à une infirmière. Un médecin explique que cela serait même souhaitable.

Le drame des médecins de famille d'aujourd'hui est qu'ils passent une majorité de leur temps à essayer de faire avaler des pilules à des gens qui n'en veulent pas pour des choses dont ils ne sentent aucun symptôme. Ces médecins n'ont ensuite plus assez de temps pour s'occuper de la souffrance des gens. Nous nous privons de ce qui est le plus gratifiant dans notre métier. *MF1*

La plupart de médecins ne mettent pas avant ce côté moins intéressant de certaines tâches. Par contre, plusieurs infirmières considèrent que les IPS déchargent vraiment le médecin de famille des tâches ingrates. L'une d'entre elles déclare d'ailleurs sur un ton ironique :

On va apprendre aux patients à se piquer, à manger moins. On va leur dire que leur diabète est mal équilibré, que c'est mauvais, qu'ils ont encore mal suivi les conseils. On se propose en fait de prendre une partie du sale boulot ! *INF1*

Toutefois, un avantage exprimé par les infirmières serait la *réactivité plus grande* aux besoins des patients. Des infirmières à domicile exposent les nombreux épisodes où ils se sentent obligés d'appeler le médecin de garde pour des situations de routine. Par exemple, si un problème médical se présente plusieurs fois de la même manière chez un patient qu'elles connaissaient bien, elles considèrent cela comme une perte de temps. Les infirmières donnent aussi un autre exemple. Dans certaines régions, la pénurie de médecins de famille obligerait les patients avec un diabète nouvellement diagnostiqué à rester hospitalisés jusqu'à trouver un médecin de famille disponible. La présence d'IPS permettrait un retour sécuritaire plus rapide à la maison. Cette réactivité améliorée est également mise en avant par quelques médecins. Pour ces derniers, le fait de collaborer à plusieurs autour d'un patient permet d'avoir une plus grande force de travail et donc une possibilité de prise en charge plus rapide de certains patients chroniques.

Enfin, une petite partie des médecins interrogés ne voit aucun avantage à collaborer avec ce type d'infirmières au cabinet, déclarant que toutes les prises en charge effectuées actuellement en cabinet ne peuvent être faites que par un médecin.

Mise en perspective

Plusieurs études (25) montrent que la charge de travail des MF reste globalement inchangée dans des systèmes de santé qui délèguent une partie du travail médical aux infirmières, que ce soit au cabinet du MF ou de manière générale (triage téléphonique, consultations infirmières, etc.). Certains auteurs observent que le temps libéré est utilisé par les MF soit pour traiter des cas plus complexes ou soit pour répondre, dans une deuxième consultation, aux besoins des patients qui ne peuvent pas être traités par les IPS.

Les IPS ont tendance à faire des consultations plus longues, à donner plus d'information à leurs patients, et à les revoir plus fréquemment (25). Ces trois aspects sont importants dans la dispensation de conseil de prévention primaire et secondaire aux patients.

Une méta-analyse récente (26) évaluant le modèle des IPS au cabinet du MF, conclut que ce modèle permet de diminuer la mortalité totale ainsi que le nombre d'hospitalisations. Par contre, il ne semble pas y avoir d'effet sur la morbidité. L'efficacité globale d'une IPS semble être le même qu'un MF pour la prise en charge des petites plaintes et certaines maladies chroniques (27).

Inconvénients craints

La question : « Quelles seraient les inconvénients ou les problématiques d'un tel rôle ? », dont les réponses sont représentées dans la figure 4, fait émerger plusieurs appréhensions face à ce modèle.

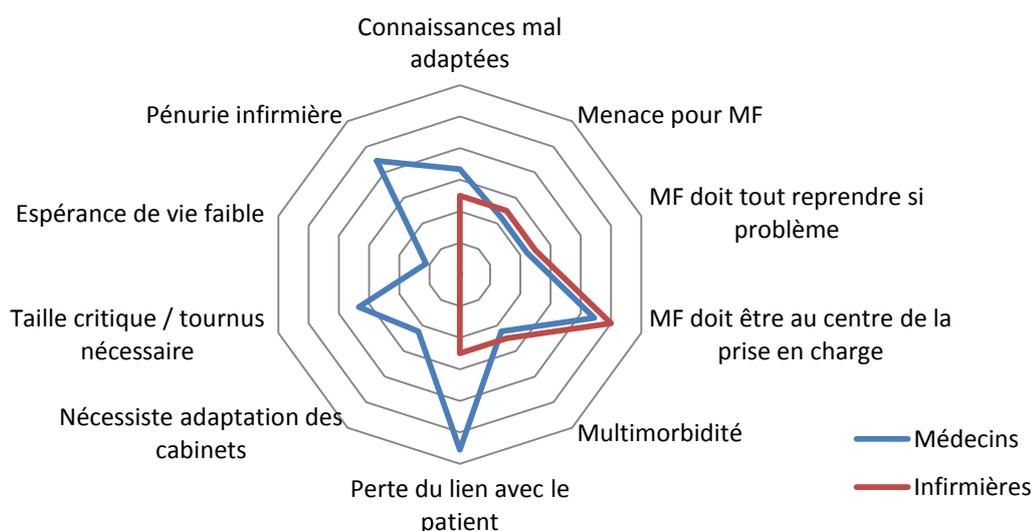


Figure 4 Inconvénients d'un modèle collaboratif

La crainte, déjà évoquée ci-dessus, qu'un modèle interdisciplinaire amène à une multiplication des soignants, est ici réaffirmée par une partie des infirmières et des médecins. Un de ces derniers déclare :

Le patient avec une maladie chronique, il n'est pas que hypertendu, il n'est pas que diabétique, il n'a pas que des rhumatismes. Si l'on a donc besoin d'infirmières qui s'occupent chacune en parallèle d'un de ces problèmes, on n'aura rien gagné. On perdra de plus la vision d'ensemble. MF1

Selon ce praticien, l'association entre un patient qui présente plusieurs problèmes chroniques de santé et sa prise en charge par plusieurs soignants selon le modèle interdisciplinaire peut s'avérer néfaste, s'il n'y a pas une personne qui garde la vision d'ensemble. Dans cette idée, environ une moitié des participants, autant infirmières que médecins déclarent que *le médecin de famille doit rester au centre de la prise en charge des patients*. L'image d'un navire est ainsi évoquée plusieurs fois par différents participants. Sur un bateau, expliquent-ils, tout le monde a un rôle différent, mais il faut un capitaine pour mener l'équipage. Ces personnes craignent que le médecin de famille perde ce rôle de coordinateur. Elles décrivent ce rôle comme indispensable dès qu'une prise en charge d'un patient en ambulatoire implique plusieurs intervenants.

Comme évoqué dans le chapitre précédant, certains médecins craignent également que ce modèle multiplie le nombre de soignants dans la prise en charge et donc augmente les doublons. Une infirmière pense au contraire qu'un très bon moyen d'éviter le chevauchement est justement de faire travailler les différents intervenants dans la prise en charge sous le même toit comme le propose le modèle discuté. En outre, une autre crainte mise en avant par certains médecins (notamment ceux en formation) est celle de la mauvaise adaptation des connaissances. Ils doutent en effet que les infirmières puissent remplir ce rôle avec leur formation actuelle. Il faudrait selon eux mettre en place un cursus particulier afin qu'elles en aient les capacités. Cet aspect n'est que minoritairement mis en avant du côté des infirmières.

La question de la relation médecin-patient est beaucoup discutée parmi les médecins dont l'un d'eux déclare :

Si l'on applique ce modèle, on risque de perdre tout ce qui est intéressant dans un cabinet, à savoir la relation avec les patients. J'ai rencontré des médecins de famille à l'étranger qui travaillent de cette manière. Ils voient un patient toutes les 5 minutes, puis c'est la nurse practitioner qui prend le relais. Si je ne suis juste que le prescripteur, alors là je peux vous dire que je ne ferais plus la médecine longtemps ! MF2

Selon ce médecin, il y a un risque que le modèle soit poussé trop loin est que le rôle du médecin de famille soit réduit à orienter et à prescrire. Quelques médecins critiquent également ce point en expliquant que cela ne les intéresse pas de laisser le suivi aux infirmières et de n'intervenir qu'en cas de complications. Un médecin déclare :

Dans ce modèle, le médecin de famille n'a pas vu son patient depuis un certain temps. Il n'a pas eu son propre suivi. S'il y a un problème, il arrive donc comme un cheveu sur la soupe pour rafistoler la situation. MF6

Du côté de la démographie professionnelle, plusieurs médecins déclarent qu'on ne fait pas seulement face à une pénurie de médecins, mais également d'infirmières. Selon eux, il serait donc dangereux de vouloir pallier la pénurie de médecins de famille en formant des infirmières si ceux-ci font déjà défaut. Plus sporadiquement, certains médecins pensent que l'introduction de ce modèle peut être problématique à certains endroits, simplement parce qu'il implique une reconfiguration du cabinet en soi. Il faudrait effectivement prévoir une pièce de consultation supplémentaire. Un médecin met aussi en avant deux autres items relatifs aux infirmières elles-mêmes. Selon lui, il serait problématique de former trop longtemps une infirmière si, comme le montrent les statistiques, ces dernières ont une carrière professionnelle en général courte. Cette brièveté amènerait selon lui à un manque de recul par rapport aux nouveaux traitements et les rendrait moins critiques par rapport aux démarchages de l'industrie médicale.

Garde-fous proposés

Après avoir discuté avec les différents intervenants des inconvénients perçus par rapport au modèle des IPS, la question des garde-fous éventuels leur est posée par la question suivante : *quelles seraient les mesures à prendre afin que le modèle proposé soit viable selon eux ?* La figure 5 en représente les réponses.

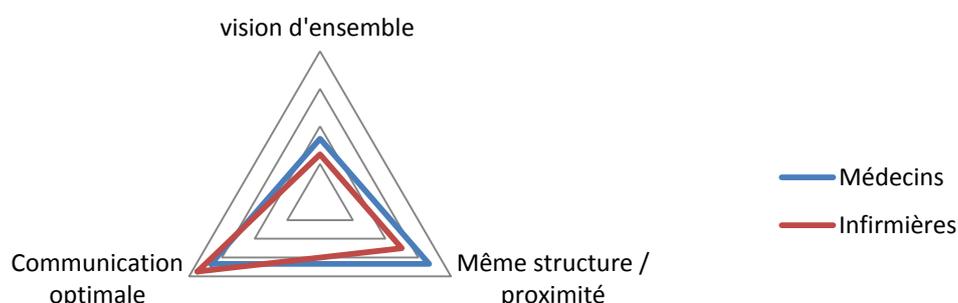


Figure 5 Quels seraient les garde-fous éventuels à introduire ?

On peut remarquer que les différents concepts abordés, représentés dans la figure 5 ci-dessus, sont évoqués de manière similaire chez les médecins et les infirmières. Tout d'abord, l'importance d'avoir une *communication efficace* est spontanément mise en avant par une majorité des participants. Selon eux, il est essentiel que le médecin sache ce que l'infirmière fait pour un patient commun et vice-versa. La plupart des participants estiment nécessaire qu'une IPS collabore avec un médecin de famille *dans le même cabinet*. Ceci afin d'assurer une communication efficace. Un médecin explique qu'une relation serrée avec ses collaborateurs simplifie d'autant la communication. Il tire un exemple de sa pratique quotidienne :

Il y a un cabinet de physiothérapie à côté de mon cabinet. Nous travaillons de manière indépendante, mais cela nous arrive souvent de passer l'un chez l'autre afin de discuter d'un patient, regarder une radio ou ajuster un traitement. Cette collaboration serait impossible si ce même physio était, ne serait-ce qu'à la rue d'à côté ou dans un autre village. MF1

Les secrétaires ou les assistantes médicales avec lesquelles les MF collaborent beaucoup se trouvent en général dans le cabinet. Cette collaboration serait plus difficile si celles-ci se trouvaient dans une autre localité et que la communication se faisait par téléphone. Certains estiment donc qu'un modèle où une IPS serait totalement indépendante et travaillerait dans son propre cabinet n'aurait pas de sens. Une IPS reprend en effet certaines tâches des médecins de famille. Si elle travaille en dehors du cabinet tout le temps que le médecin de famille gagne à déléguer une partie de ses patients sera perdu en transmission d'informations aux différents intervenants. De plus, pour peu qu'il y ait plusieurs IPS dans sa région, le médecin de famille devra collaborer avec chacune d'elles. On passe d'une collaboration serrée dans la même structure à plusieurs relations à distance.

Un troisième item abordé par plusieurs participants est le principe d'avoir un référent avec une vision d'ensemble, comme cela est déjà été discuté plus haut.

Quel modèle de collaboration ?

La suite des entretiens explore à travers diverses questions de relance, l'avis des participants quant aux aspects pratiques d'une éventuelle collaboration avec un IPS. Nous avons demandé aux participants sous quelles formes ils s'imagineraient cette coopération. Les problèmes principaux évoqués par les différents participants sont la prescription médicale et la responsabilité qui en découle, comme cela est représenté dans la figure 6.

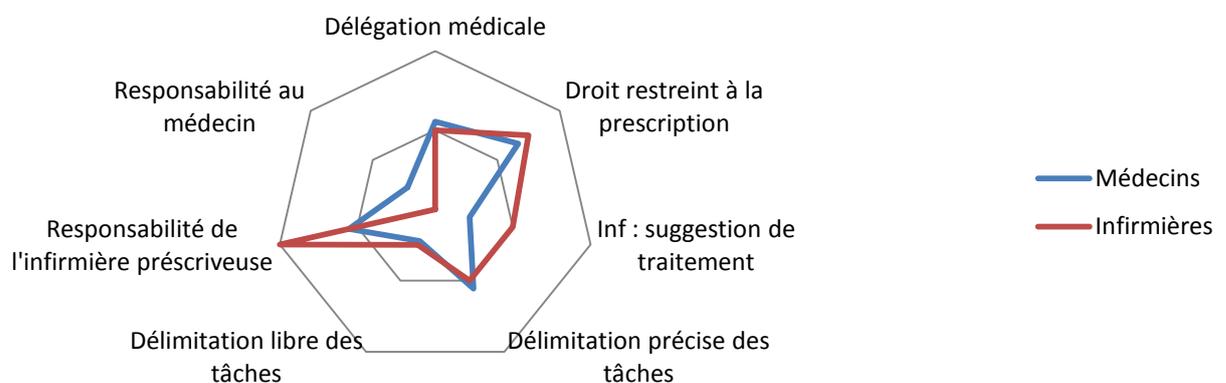


Figure 6 Concepts abordés sur le modèle de collaboration

La question du droit à la prescription est posée à tous les participants. Il est premièrement intéressant de constater qu'aucun participant ne se déclare opposé à une extension éventuelle de ce droit aux infirmières. En même temps, une libéralisation étendue n'est pas évoquée non plus. Les réponses des participants se situent donc dans entre ces deux positions extrêmes. Les réponses peuvent être réunies autour de trois positions. Une majorité des médecins et des infirmières se déclare favorable à une extension restreinte du droit à la prescription. Ils ne le conçoivent par contre pas tous de la même manière. Pour certains, cela doit uniquement concerner les traitements dispensés par les infirmières par exemple le matériel pour la réfection de pansement à domicile, le matériel pour l'administration de médicament comme les aiguilles pour l'injection sous-cutanée d'insuline, mais pas la posologie d'insuline elle-même. D'autres se déclarent plus libéraux en considérant que l'on pourrait tout à fait confier la gestion d'une partie du traitement aux IPS. À condition, selon eux, qu'elles soient bien formées et que la liste des traitements à leur disposition soit restreinte. En effet, ils ne préconisent pas un droit de prescription aussi étendu que ne l'est celui des médecins.

Certains soulignent que dans la pratique quotidienne des systèmes officiels fonctionnent. À ce propos, une infirmière déclare :

Il y a une collaboration serrée entre les infirmières et les médecins dans certains services. Nous avons des ordonnances présignées dans la poche, ce qui nous permet de prescrire des traitements. *INF2*

Un système moins extensif est proposé par quelques-uns. Il s'agit, au lieu de donner un droit à la prescription, de laisser aux IPS une certaine marge de manœuvre dans un traitement donné. Une infirmière s'imagine par exemple la situation suivante.

Pouvoir réadapter une dose d'insuline, cela me serait utile de pouvoir le faire. Mais j'aimerais pouvoir le faire dans une fourchette prescrite par le médecin, un palier moins et un palier plus. *INF4*

Et les patients ?

Nous avons ensuite discuté de la réaction que les participants s'attendaient à observer chez les patients face à ce modèle de prise en charge. Une grande majorité d'entre eux pensent qu'ils n'auraient aucun problème à s'accommoder à un changement de prise en charge au cabinet du médecin de famille. Pour beaucoup, si l'on explique correctement au patient comment il va être pris en charge, ce dernier s'adaptera sans soucis. Des médecins mettent en avant qu'il serait quand même important pour certains patients de savoir que le médecin suit toujours la situation de loin. Un des médecins pense que ce qui est important pour le patient, ce n'est pas en premier lieu d'avoir toujours affaire au même médecin, mais avant tout à la même structure, à savoir dans son cas, le cabinet de groupe.

Dans le cabinet, nous sommes nombreux. Nous avons par exemple des médecins en formation qui ne restent que quelques mois et nous n'avons aucune difficulté pratique avec ce modèle. Les patients se réfèrent surtout à la structure [le cabinet] et c'est elle qui leur garantit d'être pris en charge correctement. Si l'on

joue cette carte-là et qu'on l'explique bien, on pourrait sans aucun problème y intégrer des infirmières. *MF7*

Deux médecins pensent que si dans l'ensemble il n'y aurait pas de problèmes d'adaptation, des différences générationnelles pourraient apparaître. En effet selon l'un d'eux, les jeunes seraient plus habitués à être pris en charge de manière plus ponctuelle dans différentes structures.

Il y a une évolution de la manière dont les patients conçoivent la prise en charge ambulatoire. Un certain nombre d'entre eux acceptent volontiers cette fragmentation. On les a habitués à l'idée qu'ils ont un problème unique à régler et qu'il faut un technicien pour faire cela ponctuellement. Ils sont souvent très contents, car leur problème est réglé tout de suite. Ils n'ont par contre pas une vision globale de ce que cette consultation nécessite comme infrastructure.

Ce même médecin met en avant que derrière un diagnostic qui peut paraître simple à poser, le médecin de famille doit avoir une idée de la globalité de la situation afin de ne pas passer à côté de situations à risques ou d'autres problèmes de santé que le patient pourrait présenter.

Un autre médecin pense que les personnes âgées auraient plus de mal à être prises en charge différemment.

Si je dis à certains de mes patients âgés qu'ils vont être pris en charge par une infirmière, il m'est difficile de dire comme ils vont réagir. Je sais que certains ne seraient pas d'accord et que d'autres se résigneraient sans doute en se disant que de toute façon, ils n'ont pas le choix. *MF5*

Par rapport aux personnes âgées, un autre médecin observe actuellement des problèmes entre la représentation que les patients âgés se font du travail de l'infirmière et la réalité. Pour lui, le métier d'infirmière a beaucoup évolué ces dernières années, il est devenu plus technique. Or les patients âgés avaient l'habitude que les infirmières s'occupent plus du côté « nursing » de la prise en charge, c'est à dire dispenser des soins de confort ou s'assurer que les patients ne manquent de rien. Ce décalage crée de l'incompréhension parmi ces personnes et pourrait dégrader la relation thérapeutique.

Mise en perspective

Toute une série d'études et plusieurs méta-analyses ont été menées sur le sujet (28) (29) (30). Une grande partie observe que la satisfaction des patients est soit identique soit meilleure avec une IPS qu'avec un MF. Cela s'expliquerait par le fait que les IPS ont tendance à faire des consultations plus longues, dispensent plus d'informations aux patients, et ont un style communicationnel qui met les patientes plus à l'aise, notamment par le fait qu'ils ne parlent pas avec un médecin (25). Toutefois, certains patients auraient tendance à préférer être reçus par un médecin pour les problèmes médicaux et par une IPS pour le suivi à long terme (28). Des différences apparaissent également suivant l'âge des patients. Les personnes plus âgées sont plus à l'aise avec un modèle traditionnel, tandis que les jeunes n'ont pas de problèmes à être traités seulement par l'IPS (25).

Considérations financières

L'aspect financier est un élément important à prendre en compte dans l'étude d'un modèle de système de santé, quel qu'il soit. Aucun des participants ne s'avance à décrire le modèle des IPS au cabinet comme plus ou moins économique que le modèle actuel. Cela est probablement dû au fait que ce modèle est encore peu connu des participants et qu'il leur est donc difficile de faire des projections. Cependant, quelques points sont discutés.

Un médecin pense que ce modèle impliquerait une augmentation des coûts du secteur ambulatoire à court terme. En effet, l'introduction d'IPS dans des cabinets de médecins de famille leur permettrait de prendre en charge plus de patients. Ce qui aurait pour effet d'augmenter le nombre de consultations et donc les coûts liés à celles-ci. Mais cela impliquerait également, pour lui, une meilleure prise en charge des malades chroniques, ce qui préviendrait ou retarderait l'apparition de complications. Sa question est donc de savoir si à plus long terme, la réduction de ces complications et donc des frais médicaux qui y sont liés permettrait de contrebalancer cette augmentation initiale des coûts.

Au niveau administratif, plusieurs médecins et infirmières imaginent une simple modification du système TarMed qui permettrait aux infirmières de facturer leurs prestations. Un médecin met en avant que la tarification pour les MF devrait également être remaniée. En effet, l'introduction d'une IPS en cabinet permettrait au médecin de famille de prendre en charge des cas plus complexes qui demandent donc plus de temps. Il faudra donc que le système lui permette de prendre et de facturer ce temps. Selon lui, aujourd'hui un médecin de famille est vite questionné en particulier par les assureurs s'il prolonge le temps de la consultation.

Mise en perspective

Une revue de littérature indique que le modèle des IPS semble neutre économiquement (25). Une des explications réside dans le fait que les économies réalisées avec les salaires des IPS qui sont plus bas que ceux des médecins, est contre balancée par leur temps de consultations qui lui est plus long. L'efficacité économique du modèle dépend également des tâches qui leur sont confiées. Ainsi, dans un système substitutif où l'IPS reprend effectivement des tâches du MF, les coûts semblent neutres ou inférieurs. Dans un système dit de « suppléments » dans lequel l'IPS, en plus de reprendre une partie du travail du MF, apporte d'autres prestations (éducation thérapeutique étendue ou des conseils diététiques par exemple), les études semblent indiquer une augmentation des coûts.

Il est intéressant d'observer qu'un des facteurs qui a aidé au développement des IPS en Angleterre dans les années nonante, est une politique de santé qui rémunère les MF s'ils mettent en place des activités de promotions de la santé de prévention des maladies. De nombreux MF ont alors engagé des IPS pour effectuer ces tâches (31).

Aspect de formation

Si le métier d'IPS est créé en Suisse Romande, quelle formation devraient-elles avoir ? La figure 7 illustre les différents concepts qui émergent lors des discussions à ce propos.

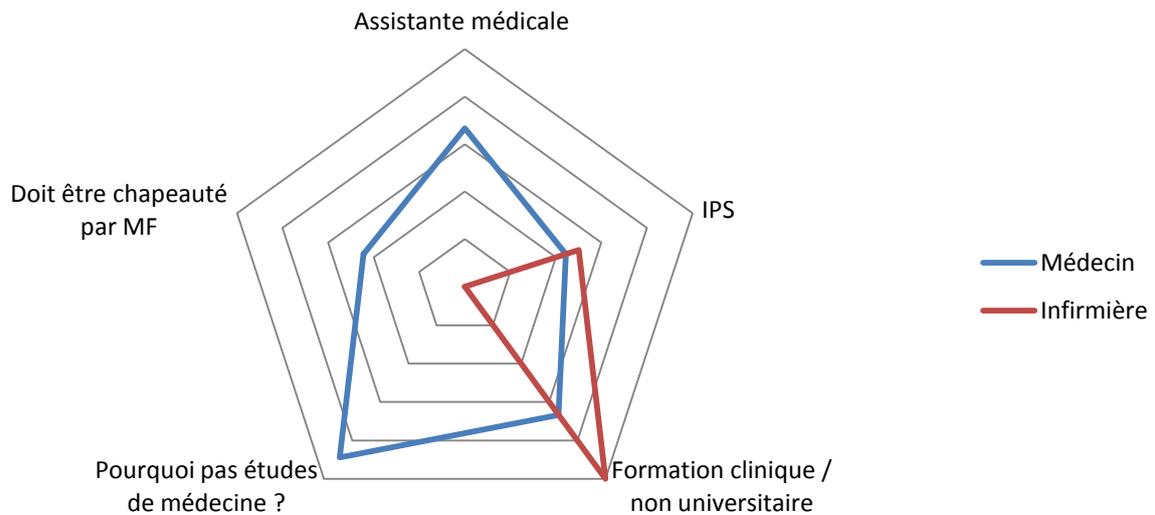


Figure 7 La formation des IPS

Plusieurs médecins et infirmières doutent qu'un modèle de formation qui soit trop universitaire et hospitalo-centré soit bénéfique. Un médecin déclare :

On va former des infirmières universitaires qui auront envie de faire de la recherche et des soins très spécialisés, mais qui ne seront d'aucune utilité dans l'exercice des soins de proximité pour la population. *MF7*

Ce médecin fait, dans la suite de son discours, un parallèle avec la formation actuelle des MF, qui est problématique selon lui pour deux raisons. Premièrement, durant leur formation, les médecins en formation acquièrent des connaissances très vastes et approfondies qui ne leur seront pas forcément utiles dans leur pratique quotidienne. Deuxièmement, cette formation se déroulant dans les hôpitaux et dans les villes, il y aurait un manque de préparation et donc d'incitatifs à s'installer par la suite en périphérie où les conditions de travail sont différentes. De plus, cela habituerait les futurs médecins à un style de vie citadin qui leur serait ensuite difficile de quitter pour aller s'installer en campagne.

Cette critique d'un système de formation trop théorique revient également chez une infirmière qui déclare :

J'ai vu les nouvelles infirmières (ndlr de niveau Bachelor) qui sortent de formation, c'est la catastrophe ! Au niveau théorique, elles savent tout. Au niveau pratique, elles ne savent rien ! *INF2*

Un médecin met en avant les mêmes préoccupations en se posant aussi la question de la durée de la formation qui serait finalement la même que pour un médecin-assistant.

Afin d'éviter ces défauts, plusieurs participants pensent qu'il serait important que la formation soit patronnée par les médecins de famille et qu'elle se déroule plus en périphérie. Un médecin déclare :

On devrait réfléchir à mettre en place des formations beaucoup plus axées sur la pratique en décentralisant les formations. Dans ce sens, les assistantes médicales sont peut-être mieux placées que les infirmières pour endosser ce rôle-là. *MF7*

L'idée de former plutôt les assistantes médicales revient dans plusieurs entretiens. La plupart des médecins mettent en avant le rôle important que ces personnes jouent dans leur cabinet. Leurs compétences administratives sont bien évidemment reconnues étant donné que cela est un de leur premier rôle. Mais le fait qu'elles endossent certaines tâches pour lesquelles les médecins de famille les ont formées est également décrit comme très utile. Un médecin déclare :

Les assistantes médicales font un excellent travail dans certains domaines. Par exemple dans le suivi de mes patients sous Méthadone, elles font certainement autant de travail que moi. Elles ont un contact et reçoivent plus de confidences. Mais cela dépend de leur formation et de leurs intérêts. *MF2*

En effet, certains participants mettent en avant que les assistantes médicales ne bénéficient pas de formation continue étant donné que cela ne leur est pas exigé légalement. Le médecin doit donc lui-même former ses assistantes aux nouvelles technologies et connaissances. Cela permet certainement d'adapter les compétences de chaque assistante à la situation du cabinet. Un médecin pense d'ailleurs qu'avant d'introduire un nouveau type d'intervenant comme les IPS, il faudrait mieux former les assistantes médicales qui sont déjà sur place. Un de ses collègues défend aussi cette solution tout en expliquant :

Il y a toute une partie du travail qui peut être effectué par les assistantes médicales, comme effectuer des injections d'anticoagulants ou la distribution de médicaments. Il n'y a pas besoin d'être infirmière pour cela. Ensuite, je pense qu'il faut des études en soins infirmiers pour être capable de faire de l'enseignement thérapeutique ou du suivi des maladies chroniques. *MF2*

Regards croisés

Nous avons enfin demandé aux participants de se mettre à la place les uns des autres. Comment les médecins pensent-ils que les infirmières actuelles se positionnent par rapport à ces IPS et comment vivraient-elles le fait d'occuper cette position? Et les infirmières? Comment pensent-elles que les médecins de famille accueilleraient ces nouveaux soignants?

Une majorité des médecins pensent que les infirmières sont certainement très intéressées à travailler en tant qu'IPS en cabinet. Ce rôle leur permettrait d'effectuer de nouvelles tâches, d'être plus indépendantes et de gagner plus d'argent. Un médecin émet toutefois une réserve, également articulée par d'autres :

Cela serait très intéressant pour elles ! Mais il faut qu'elles soient polyvalentes, sinon elles risquent de s'ennuyer [...] elles ne peuvent pas juste être spécialistes de l'hémoglobine glyquée. *MF3*

Selon ce médecin, si ces infirmières sont trop spécialisées, par exemple dans une seule pathologie, leurs activités seront trop répétitives et elles risquent de s'ennuyer. De plus elles risquent de manquer de travail, car un cabinet médical n'a pas besoin d'une personne à 100% pour s'occuper des patients diabétiques par exemple. Une solution à cela serait que ces infirmières soient mobiles ou alors qu'elles travaillent à temps partiel, ce qui peut être intéressant pour certaines d'entre elles.

Un médecin craint que certaines infirmières qui effectuent une formation supérieure pour devenir IPS soient finalement déçues dans leurs attentes par rapport au travail effectif. En effet, il pense que

le système de formation actuel a comme principe implicite que plus une personne se forme plus elle gèrera des situations complexes et théoriques. Or selon lui, le travail d'une IPS en cabinet de médecine de famille n'est justement pas de traiter des problèmes complexes, mais plutôt de faire du travail relationnel, du suivi et des tâches pratiques. Il dénonce par là même la dévalorisation de ces tâches :

Ce n'est pas parce qu'on est plus haut dans la hiérarchie que c'est forcément plus intéressant. Si ces infirmières ont une vision élitiste du travail dans un cabinet de médecine de famille, elles vont s'ennuyer. *MF7*

Du côté des infirmières, on s'imagine que les médecins de famille sont plutôt ouverts à l'idée, surtout les nouveaux. Les infirmières pensent cependant que certains médecins sont réticents simplement par manque de connaissance par rapport à ce modèle.

Après une séance d'information, durant laquelle nous avons expliqué les prestations que les infirmières en diabétologie offraient, les médecins généralistes nous ont adressé énormément de patients ! Ils se sont rendu compte de ce qu'on offrait. *INF2*

Discussion

Les soins primaires sont en constante évolution et, espérons-le, en amélioration dans le monde et en Suisse. Ce renouvellement est motivé par des facteurs externes [33] comme l'augmentation des maladies chroniques ou le vieillissement de la population, ainsi que par des facteurs internes [45] comme l'émergence de nouveaux modèles de travail (temps partiel, cabinet de groupe, etc.) ou la pénurie des soignants en soins primaires.

Face à ces constats, plusieurs pays confient une proportion croissante de la prise en charge des patients en soins primaires à des IPS. Les données de la littérature semblent indiquer que ce modèle soit efficace cliniquement, efficient économiquement et qu'il satisfasse les patients. Pouvons-nous donc conclure qu'il doit donc être implanté en Suisse Romande ? Les MF et des infirmières classiques soulèvent encore quelques questions.

La mutation des soins primaires en Suisse est nécessaire, au vu du contexte évoqué ci-dessus, mais surtout de pleine actualité. Les récentes votations et les annonces politiques ont mis les médecins de famille sur le devant de la scène, attirant l'attention de toutes parts. Une MF déclare :

Nous avons tellement pleuré sur notre sort de médecin généraliste, en disant qu'on avait trop de travail ! Maintenant, tout le monde veut nous le prendre ce travail : les ergos, les physios, les infirmières ! *MF3*

L'éventualité d'introduire des IPS dans les cabinets n'est pas une simple modification de prise en charge, c'est un changement plus profond qui appelle à une modification de la frontière médecin-infirmière. En effet, dans ce modèle, les IPS ont un certain droit à la prescription, domaine jusqu'alors réservé aux médecins. Une infirmière déclare après une question sur le droit éventuel des infirmières à prescrire

En tous cas moi comme vieille infirmière, je me m'étais jamais dit : tiens je pourrais prescrire ! *INF3*

Il n'est dès lors pas étonnant que la discussion de ces modèles avec les MF soulève une certaine méfiance de leur part. En effet, dans les différents entretiens le nombre d'inconvénients craints équivaut au double du nombre d'avantages évoqués.

Une limite qui revient souvent dans les études ou les méta-analyses consacrées aux IPS est la difficulté de comparaison entre systèmes. En effet, l'hétérogénéité des différents systèmes de santé, même entre pays occidentaux, fait qu'il est difficile de savoir si un modèle qui fonctionne en Angleterre fonctionnera également en Suisse.

La question du diagnostic n'est que peu abordée par les participants. Or le droit et la capacité de le faire seront également à débattre et à définir. En effet, interpréter un résultat de laboratoire et changer un traitement en conséquence est-ce déjà diagnostiquer ? Dans le même thème, une IPS n'a reçu qu'une formation limitée à son domaine d'action (par exemple diabète, hypertension, etc.). Elle n'aura donc pas la capacité de reconnaître les signes cliniques et de laboratoire annonciateurs d'une autre maladie que présenterait son patient. Or c'est là un des rôles importants des soins primaires.

Il n'y a d'ailleurs pas un modèle unique de collaboration qui ressorte dans les diverses discussions. Certains participants se déclarant intéressés à des compétences élargies pour les infirmières et d'autres qu'une hiérarchie devrait perdurer. Dans un sujet proche, l'extension du droit à la prescription aux infirmières est vue sous plusieurs formes. Dès lors, si les prérogatives de certaines infirmières sont élargies, faudrait-il les définir juridiquement ?

Les participants s'accordent sur l'importance d'un bon encadrement juridique de la pratique des IPS. Une définition claire de leur rôle permettra de renforcer leur crédibilité face aux autres acteurs de la santé et au public, ainsi que de fixer des objectifs de formation.

Ces participants craignent d'ailleurs que les discussions autour du modèle IPS gravitent uniquement autour des aspects juridiques, au détriment des questions relatives à la communication ou à la collaboration entre les soignants, qui importent tout autant. Un médecin déclare à ce sujet :

Je sais déjà que certains vont passer des heures dans des commissions à essayer de délimiter aux ciseaux les compétences de chacun en disant : « ça c'est permis », « ça non », « ça sous certaines conditions ». Une énergie folle va être dépensée là-dedans. Ce ne sont pas des choses qui se règlent sur le papier. Il faut des règles relatives au droit de prescription, c'est normal. Ce qui risque de poser problème, c'est le fait de travailler en parallèle autour d'un patient. Cela se passe déjà aujourd'hui quand plusieurs médecins s'occupent d'un même patient et changent leur traitement sans concertations avec les autres. Cela n'a rien à voir avec les hiérarchies ou des connaissances. *MF2*

Le fait que la communication et la collaboration entre soignants ne sont pas encadrées juridiquement et donc qu'elles pourront être réglées moins formellement explique peut-être pourquoi ces questions sont moins débattues et différées à une échéance ultérieure. Pourtant ces aspects sont cités comme centraux dans le fonctionnement d'un système de santé [49].

Afin de garantir ces aspects communicationnels et collaboratifs, la majorité des participants estiment que ces IPS devraient forcément travailler dans un cabinet de médecin de famille. Cela faciliterait la communication entre les soignants qui se retrouveraient sous le même toit. Cela permettrait également au patient de recevoir ses différents soins au même endroit. Ce qui est non négligeable pour les populations âgées qui profiteraient le plus des soins des IPS et pour qui les déplacements sont potentiellement problématiques. De plus, cela leur permettrait de recevoir des soins plus complets tels que des cours de gym, de diététique ou de gestions des médicaments.

Les participants mettent en effet en exergue que les IPS pourraient se substituer au MF pour une partie du travail de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique. Elles pourraient prendre plus de temps pour expliquer ces aspects essentiels de la prise en charge aux patients. La littérature semble indiquer que cela soit neutre économiquement étant donné que leur salaire est plus bas.

D'autres prestations, dites supplémentaires (par exemple des cours de gym ou de diététique) qui sont également bénéfiques dans la prise en charge des maladies chroniques et qui ne sont pas effectuées par le MF pourraient également être offertes par ces IPS au cabinet. Ces services supplémentaires couleraient donc plus cher pour le système de santé et il faudrait donc s'assurer que cela soit adéquatement contrebalancé par une diminution de la morbidité ou mortalité à plus long terme comme l'exigence d'efficience qu'impose la LaMal.

Si nous considérons que les IPS doivent travailler de manières coordonnées, n'en est-il pas autant des MF qui collaborent entre eux et avec les autres acteurs du système de santé, et ce de manière très libérale ? En effet, diverses recommandations (27) (12) stipulent que les soins primaires doivent être coordonnés entre les différents acteurs.

Les MF devraient-ils prendre le leadership dans le domaine de la coordination des soins autour d'un patient ? Le temps libéré par la collaboration avec les IPS pourrait-il être utilisé à cette fin ? Au vu des divers griefs des médecins regrettant leur éloignement croissant de la clinique et l'augmentation des tâches administratives, il serait étonnant que ces derniers souhaitent occuper ce rôle.

Le temps libéré pourrait donc être utilisé par le MF afin de se concentrer sur des cas plus complexes selon les participants. Cela pose la question de leur formation et de celle des autres soignants en général. En effet, afin de prendre en charge les cas plus difficiles, ce modèle implique que les MF aient des compétences médicales poussées et donc que leur formation soit large comme cela est le cas actuellement.

Cette vision va à l'encontre de celle qui préconise de former les MF uniquement pour les soins primaires, en les orientant vers un master en médecine de famille conçu à cette fin, requérant moins de connaissances spécialisées et plus de compétences pratiques. Cette vision implique de pallier la pénurie de soignants en soins primaires « par le haut » en formant plus d'étudiants en médecin et en orientant davantage vers une formation spécifique, éventuellement moins poussée et moins longue à l'instar de certains pays européens. Les IPS sont le produit d'une vision où la pénurie est comblée « par le bas », en leur confiant certaines tâches. Il serait difficile pour ces visions top-down et down-up de coexister et il sera important de réfléchir à leurs diverses conséquences. Un MF avec un master spécialisé ne risque-t-il pas un manque de reconnaissance par ses pairs ?

Le rôle des IPS peut intéresser beaucoup de monde, considérant l'autonomie et la diversité qu'il offre. Il est vrai que du côté du monde infirmier, une spécialisation ou une avancée dans les responsabilités s'accompagne souvent de l'éloignement d'avec le patient. Les médecins quant à eux, peuvent se spécialiser et ouvrir leur cabinet. Cela représenterait une opportunité pour les infirmières de perfectionner leur pratique et donc la qualité de la prise en charge tout en restant proche des patients, ce qui est un facteur non négligeable de motivation pour certaines.

Limite du travail

Cette étude présente des limites qui doivent être prises en compte lors de la lecture des résultats

- Le modèle des IPS sur lequel ont porté les entretiens avec les participants n'existe actuellement pas en Suisse. Ce dernier a donc été présenté aux participants que ne le connaissaient pas encore. Ceci implique que leur avis sur la question s'est fait dans l'immédiat et sans recul.
- De par sa position d'étudiant en médecin au moment de l'étude (entre autres facteurs), l'investigateur principal qui a mené les entretiens n'avait pas une position neutre face aux divers participants. La manière dont il a mené l'entretien avec les MF a certainement été facilitatrice : il a peut-être évité les questions sensibles étant donné que les interrogés appartiennent à la même profession que lui. Vis-à-vis des infirmières, il représente possiblement une future figure d'autorité ; aussi il se pourrait que leurs réponses aient été biaisées.
- Les quatre infirmières incluses dans l'étude étaient toutes de sexe féminin. Or le genre est généralement une variable lourde dans les études qualitatives.

Conclusion

Notre étude a permis d'aborder les points de discussion principaux autour d'une implantation d'IPS dans les cabinets de médecine de famille en Suisse Romande. Ce modèle semble être intéressant autant pour les médecins de famille que les infirmières. Il permet de libérer du temps pour se confier à certaines tâches plus complexes médicalement. Les infirmières auraient accès à des fonctions qui leur permettraient de se spécialiser dans leur pratique tout en restant en contact important avec le patient. L'impact chez les patients est positif dans la littérature. Toutefois, les conséquences d'un changement dans les relations médecins-patients qui se verraient moins fréquemment que dans le système de santé suisse actuel restent encore à étudier.

Bibliographie

1. **De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R.** Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems : a framework for reflexion and analysis. *Swiss Med Wkly.* 2008, 138 (43-44):621-628.
2. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** World health statistics 2014. [Online] [Cited: 11 18, 2014.] http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1.
3. **Organisation des Nations Unies.** *World Population Ageing.* 2013. ST/SEA/SER.A/348.
4. **Office fédéral de la statistique.** Le vieillissement de la population - Newsletter. 2010.
5. **Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard R, Roth M, Foletti C.** Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – projections à l’horizon 2030. *Observatoire suisse de la santé OBSAN.* 2008.
6. **Office fédéral de la statistique.** Vieillissement démographique et adaptations sociales. 2007.
7. **Office Fédéral de la Statistique.** Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse : Revue de littérature et projection à l'horizon 2030. 2007.
8. **Office fédéral de la statistique.** Coût du système de santé en pour-cent du PIB. [Online] [Cited: 11 18, 2014.] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html.
9. **Stone et al.** 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014, 129:1-45.
10. **Van Sighem A et al.** Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS.* 2010, 24:1527–1535.
11. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** *Innovative Care for Chronic Conditions : Building Blocks for Action.* 2002. ISBN 92 4 159 017 3.
12. **Bodenheimer et al.** Improving primary care for patients with chronic illness . *Journal of American Medical Association.* 2002, Vol. 288, 14:1775-1779.
13. **Anderson Rothman A, Wagner E,.** Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med.* . 2003, 138:256-261.
14. **Organisation Mondiale de la Santé.** OMS : déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. [Online] [Cited: 11 2014, 01.] http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.
15. **Waeber G, Pécoud A, Cornuz J, Gaspoz J-M, Perrier.** Relève en médecine interne générale : enjeux et perspectives. *Rev Med Suisse.* 2009, 5:232-236.

16. **Office Fédérale de la santé publique.** Masterplan Médecine de premier recours et Médecine de base. [Online] [Cited: 11 11, 2013.] <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14198/index.html?lang=fr>.
17. **A. Richardsa, J. Carleyb, S. Jenkins-Clarke, D.A. Richardsd.** Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2000, 37:185-197.
18. **International council of nurses.** [Online] [Cited: 11 2014, 29.] <http://www.icn.ch/fr/publications/fact-sheets/>.
19. **Morin D, Eicher M,.** La pratique infirmière avancée. *Rev Med Suisse*. 2012, 8:1680-1681.
20. **Micheal O'Brien J,.** How Nurse Practitioners Obtained Provider Status: Lessons for Pharmacists. *Am J Health System Pharm*. 2003, 60:2301-7.
21. **Martin J. S.** Interprofessional collaboration among nurses and physicians: Making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*. 2010, 140.
22. **Frenk J et al.** Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2008, 148(147-159).
23. **Cornuz J, Pasquier M.** *Les évolutions de la médecine de premiers recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025*. Lausanne : Policlinique Médicale et Universitaire (PMU) et Université (UNIL), 2014.
24. **Martinez, Berchtold, Busato, Egger.** *Effectiveness of Integrated care programmes in adults with chronic conditions: a systematic review*. University of Bern : Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM).
25. **Bonsall K, Cheater F.** What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses, and their colleagues ? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008, 45:1090-1102.
26. **Martínez-González et al.** Substitution of physicians by nurses in primary care : a systemic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2014, 14:214.
27. **Lafortune, Delamaire.** *Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Paris : Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 2010.
28. **Laurant M et al.** Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, 2.
29. **Horrocks S, Anderson E, Salisbury C.** Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* . 2002, Vol. 324.
30. **Wilson J, Bunnell T.** A review of the merits of the nurse practitioner role. *Nursing Standard*. 2007, Vol. 21, 18:35-40.

31. **Patterson E, Del Mar C, Najman J.** Nursing contribution to general practice : general practioners' and practice nurses' views. *Collegian*. 1999, Vol. 6, 4:(33-39).

32. **Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K.** Improving primary care for patients with chonic illness. *Journal of American Medical Association*. 2002, 288(14):1775-9.

Annexe 1 : grille d'entretien

UNIL -Travail de Master - John Nicolet

Code :

Questions principales

➤ Questions de relance

Grille entretien

Introduction - mise en situation

Question 1 : Selon vous, quelle sont les perspectives des soins primaires pour les 20 prochaines années en Suisse Romande ?

- Quels problèmes voyez-vous ?
- Quelles solutions envisageriez-vous ?
- Qui pensez-vous devrait amener des solutions ?
- (Relance éventuel) : l'observatoire Suisse de la santé prévoit trois choses :
 - Un vieillissement de la population
 - Une augmentation des maladies chroniques
 - Pénurie de médecins pour ces prochaines années, en particulier en ambulatoire.

Interdisciplinarité

On entend relativement souvent parler d'interdisciplinarité.

Vous avez cité tout à l'heure l'interdisciplinarité.

Question 2 : Pouvez-vous me donner votre avis au sujet de l'interdisciplinarité ?

- Quels en sont les avantages et/ou les inconvénients ?
- Est-ce une solution à la problématique abordée ?
- Avez-vous une expérience à ce sujet ? Pouvez-vous me la décrire ?

D'autres pays à l'instar de l'Angleterre, du Canada ou encore de l'Australie ont mis en place ce qu'on appelle des infirmiers praticiens spécialisé. Avez-vous déjà entendu parler de ce genre d'infirmiers ?
(Si besoin : définition + illustration avec ce qui ce fait dans d'autre pays)

Infirmier praticien spécialisé

Question 3 : Quel est votre avis sur le rôle éventuel de ces personnes dans les soins primaire en Suisse.

- Quelles seraient les avantages ou les forces d'un tel rôle ?
- Quelles seraient les inconvénients ou les problématiques d'un tel rôle ?
- Quelles pourrait-être, selon vous, leur responsabilité ?
- Quels effets sur la qualité de la prise en charges cela pourrait-il avoir de recourir à de tels soignants ?
 - En termes de qualité ?

- En termes de financement ?
- Auriez-vous envie d'intégrer ces IPS dans votre cabinet de médecine de famille ? / Auriez-vous envie d'être intégré en tant qu'IPS dans un cabinet de médecine de famille ?
- Quelles seraient les points de tensions éventuelles dans la collaboration avec les médecins de famille ?
 - Connaissances médicale ?
 - Manières de prendre en charges ?
 - Menace sur votre propre travail ?
 - Perte /gain d'indépendance ?

Point de vue du patient

Question 4 : Comment pensez-vous que réagiraient vos patients ?

- Quelles seraient leurs objections ?
- Quelles seraient leurs satisfactions ?
- Seraient-ils d'accord de ne voir qu'une « infirmière » ?

Regards croisé

(futur) infirmier :

Question 5a : Comment pensez-vous que les médecins de famille se positionnent par rapport à l'introduction d'IPS dans leur cabinet ?

- Pensent-ils que de collaborer directement avec des IPS serait profitable pour eux ?
- Se sentent-ils menacé ?
- Se sentent-ils valorisé

(futur) médecin de famille

Question 5b : Comment pensez-vous que les infirmiers se positionnent par rapport à leur introduction éventuelle dans les cabinets de médecins de famille ?

- Pensent-ils que de collaborer directement avec des médecins de famille serait utile pour eux ?
- Se sentent-ils menacé ?
- Se sentent-ils valorisé ?

Annexe 2 : formulaire de consentement

Vieillessement de la population et avenir des soins primaires en Suisse Romande



Investigateur principal : John Nicolet, étudiant en médecine, john.nicolet@unil.ch

Investigateur responsable : Dr Lilli Herzig, médecin, lilli.herzig@hin.ch

Formulaire de consentement pour le/la participant -e

1. L'interviewer m'a informé(e) oralement des buts de l'étude susmentionnée, de son déroulement, des avantages et des inconvénients éventuels.
2. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir avant de prendre ma décision.
3. Je participe volontairement à cette étude, et je peux à tout moment m'en retirer sans avoir à me justifier, ceci sans aucune conséquence pour moi.
4. J'accepte l'enregistrement audio, qui sera utilisé pour faciliter la transcription des entretiens et l'utilisation des informations jugées pertinentes dans le cadre de publications.
5. J'ai pris connaissance que les données seront anonymisées et détruites à la fin de la recherche.
6. Je consens à participer à cette étude : Oui Non

Lieu et date :

L'interviewé :

L'interviewer :

Annexe 3 : formulaire d'information

Vieillessement de la population et avenir des soins primaires en Suisse Romande



Investigateur principal : John Nicolet, étudiant en Master de médecine, john.nicolet@gmail.com

Investigateur responsable : Dr Lilli Herzig, médecin, lilli.herzig@hin.ch

Formulaire d'information pour le/la participant -e

But de l'étude : Cette étude vise à explorer la perception des professionnels de la santé quant à l'avenir des soins primaires (médecins, infirmiers, professionnels en formation, politiciens, assureurs, décideurs de santé publique, experts de la thématique). Les données récoltées serviront comme base pour un travail de Master dans le cadre des études de médecine à l'Université de Lausanne et feront éventuellement l'objet d'une publication.

Nature de la participation : Nous vous proposons de participer à un entretien de recherche qualitative, d'une durée de 90 minutes environ. Votre participation est libre et volontaire.

Confidentialité et utilisation des résultats : Les renseignements donnés seront traités de manière strictement confidentielle. Lors de la retranscription de l'entretien, les données concernant votre identité seront codées et rendues méconnaissables. Après la transcription de l'entretien, l'enregistrement de celui-ci sera détruit. Certaines citations seront éventuellement publiées en prenant soin que son auteur ne puisse être identifié.

Droit du participant : Vous pouvez à tout moment suspendre votre participation à la recherche, sans avoir besoin de fournir de justification.

Question au sujet de l'étude : Les chercheurs de cette étude sont à votre disposition pour répondre à toutes vos questions liées au thème de la recherche.

Suivi de l'entretien : Cet entretien contribue à la formation de la personne que vous rencontrez. Si vous vous sentez inconfortable après cet entretien ou souhaitez en parler, n'hésitez pas à informer la responsable de la recherche.

Cette étude est réalisée conformément à la législation suisse et aux directives reconnues au niveau international. Elle a par ailleurs été approuvée par la Commission d'éthique indépendante du canton de Vaud.