

Quels professionnels travaillent dans les cabinets de médecine de famille?

Panorama dans différents pays

Dre CHRISTINE COHIDON^a, Pr NICOLAS SENN^a et Dre ADELINÉ CACHOU DE CAMARET^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 889-91 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.826.889

Le développement du travail en équipe pluriprofessionnelle dans les soins de premier recours est une solution adoptée pour répondre aux besoins de coordination des soins et de prise en charge globale de la patientèle. Cet article décrit la composition des structures de première ligne en termes de professionnels autres que les médecins généralistes. Il met en lumière le constat que les pays occidentaux présentent des états d'avancement assez différents dans le domaine.

Which professionals work in general practices? Overview in different countries

The development of multi-professional teamwork in primary care is one solution adopted to meet the needs of care coordination and comprehensive patient management. This article describes the composition of primary care practices in terms of professionals other than general practitioners. It highlights the fact that Western countries are at quite different stages of development in this field.

UN PEU D'HISTOIRE...

Depuis plusieurs décennies, le développement du travail en équipe pluriprofessionnelle au sein des structures de première ligne est apparu comme une solution pour répondre aux besoins de coordination des soins et de prise en charge globale de la patientèle.^{1,2} Le modèle traditionnel de première ligne, basé sur un binôme médecin généraliste -secrétaire médical-e ou assistant-e médical-e, a évolué dans la plupart des pays occidentaux, avec l'intégration de nouveaux corps professionnels et l'apparition de nouveaux rôles, tels que les case managers par exemple.³ Pour ce qui concerne les nouveaux professionnels, les infirmiers-ières et travailleurs-euses sociaux-ales sont souvent les premiers métiers à avoir intégré les équipes de première ligne. Du côté du corps infirmier,; de nombreuses spécialisations ou spécificités coexistent désormais dans certains pays comme aux États-Unis: registered nurse, nurse practitioner, advanced practice nurse, ambulatory nurse, community nurse...⁴

La littérature a pu montrer les effets d'une prise en charge interprofessionnelle sur la qualité des soins (amélioration d'indicateurs cliniques), la réduction des recours aux services

d'urgence et aux hospitalisations, ainsi que sur une réduction globale des coûts et une diminution des niveaux d'épuisement professionnel. L'intégration de pharmacien-iennes a aussi permis des améliorations dans la prise en charge thérapeutique (avec, en particulier, une meilleure adhésion des patients à leur traitement).^{5,6}

Pour autant, et malgré cette tendance générale, il existe encore d'importantes variations entre les pays occidentaux. Les modèles d'interprofessionnalité sont encore en train d'évoluer. La Suisse, par exemple, est encore bien loin de la généralisation de ces équipes de soins primaires. Le modèle traditionnel centré sur le médecin, aidé d'assistant-es médicaux-ales prédomine largement.

L'objectif de cet article est de donner une vision de la situation en termes de composition d'équipes de première ligne dans différents pays occidentaux.

DONNÉES INTERNATIONALES ET DIVERSITÉ DES PRATIQUES

Les données des enquêtes du Commonwealth Fund sur les médecins de premier recours fournissent des informations utiles en matière d'interprofessionnalité en soins primaires. Cet organisme à but non lucratif mène des enquêtes périodiques (tous les 3-4 ans) permettant de décrire l'organisation et les pratiques des médecins de première ligne dans onze pays: l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Environ 1000 médecins généralistes dans chacun des pays sont interrogés.^{7,8}

En 2019, la question suivante a été posée à tous les médecins: «Dans votre cabinet principal, les professionnels de santé suivants travaillent-ils dans votre équipe pour soigner vos patients: a) infirmier-ière; b) infirmier-ière de pratique spécialisée/avancée (IPS/IPA); c) assistant-e médical-e; d) nutritionniste/diététicien-ne; e) pharmacien-ne; f) psychologue/soignant-e en santé mentale; g) physiothérapeute/kinésithérapeute et h) travailleur-euse social-e».

Il en ressort que les infirmier-ères sont largement les professionnel-les les plus représenté-es dans les structures de première ligne. Dans ces pays, 64% des cabinets travaillent avec un-e infirmier-ère et 31% avec une IPS/IPA. Il existe cependant d'importantes variations entre pays. Ainsi, la Suisse et l'Allemagne affichent les taux les plus faibles d'infirmier-ères

^a Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille, Université de Lausanne, 1011 Lausanne
christine.cohidon@unisant.ch | nicolas.senn@unisant.ch
adeline.decamaret@gmail.com

(autour de 20%), alors qu'au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et en Suède, quasiment 100% des cabinets travaillent avec un-e infirmier-ère. Les IPS/IPA sont beaucoup moins représenté-es, sauf en Suède (94%), au Royaume-Uni (63%) et aux États-Unis (61%).

Les assistant-es médicaux-ales suivent une tendance opposée, avec une forte proportion de ces professionnel-les en cabinet en Allemagne (98%), aux Pays-Bas (96%), en Norvège (98%) et en Suisse (91%) et une faible (voire une absence de) représentation dans les cabinets des autres pays. Il faut cependant noter que ce rôle est très hétérogène d'un pays à l'autre, tant en termes de formation qu'en termes d'activités réalisées. En effet, en France, il s'agit d'une fonction qui peut être occupée, moyennant une formation minimale, par différents corps de métier, tels que des infirmier-ières, des secrétaires médicaux-ales, des aides-soignant-es, etc. En Suisse ou en Allemagne, il s'agit d'une formation professionnelle à part entière.

Globalement, les nutritionnistes, les pharmacien-nes et les physiothérapeutes sont présents dans environ 30% des cabinets avec, là encore, des variations entre les différents pays. Les psychologues et les professionnel-les de santé mentale sont quasi systématiquement présents en Suède et aux Pays-Bas. Enfin, les travailleur-euses sociaux-ales sont globalement les professionnels de la santé les moins représenté-es de manière générale, mais présents dans environ 40% des structures de première ligne en Amérique du Nord (États-Unis et Canada). (tableau 1)

Ces données ne décrivent ni la répartition des effectifs selon les professions, ni le mode d'organisation dans le fonctionnement interprofessionnel, ni les types d'activités qui sont conduites par les différentes professions. Dans ce domaine, les variations peuvent être très importantes selon les pays et mêmes selon les structures au sein d'un même pays. Il est donc très difficile de rattacher des activités aux professionnel-les de manière systématique.^{3,9} Pour ce qui est de la répartition optimale des effectifs selon les professions, l'estimation est aussi délicate, mais Patel et coll. ont avancé le ratio de 4,25

professionnel-les pour un médecin (temps plein) dans le cadre des Patient-centered care medical home (PCMH).¹⁰

CONCLUSION

Nous constatons, notamment au travers des données du Commonwealth Fund, des stades d'évolution très variables vers des pratiques pluriprofessionnelles au sein des différents pays. Ainsi, on peut déjà distinguer des pays qui ont encore peu transformé leurs modèles de première ligne et qui fonctionnent toujours sur des modèles traditionnels incluant peu de nouveaux-elles professionnel-les. La Suisse et l'Allemagne sont clairement dans cette situation. À l'opposé, les pays d'Amérique du Nord, États-Unis et Canada, ont développé une pratique pluriprofessionnelle large, c'est-à-dire qui inclut d'autres professions issues de nombreux autres domaines (à la fois sanitaire et social). Entre ces deux extrêmes, d'autres pays semblent avoir réservé à certains domaines l'intégration de nouveaux-elles professionnel-les. Ainsi, les professionnel-les de santé mentale sont complètement intégrés dans les structures de première ligne en Suède et aux Pays-Bas. Elles comptent en revanche peu de travailleur-euses sociaux-iales. Des pharmacien-nes sont présent-es dans les trois-quarts des structures au Royaume-Uni.

Ces organisations et compositions des structures de première ligne sont évidemment liées à l'organisation générale des systèmes de santé et à la disponibilité et l'offre d'autres prestataires de soins, partenaires des cabinets de médecine générale. De plus, il est probable que le contexte politique et la culture de gouvernance du système de santé (notamment à tendance libérale ou au contraire étatique) jouent un rôle prépondérant dans l'évolution (ou non) vers des structures pluriprofessionnelles.

On remarquera que les pays comme l'Allemagne et la Suisse sont des pays qui ont une forte proportion d'assistant-es médicaux-ales. Ce sont aussi les pays fonctionnant le moins en équipe pluriprofessionnelle. On peut se demander si cette

TABEAU 1 Description de la composition des structures de première ligne dans différents pays occidentaux

IPA/ IPS: infirmier-ière de pratique avancée ou spécialisée.

	Australie	Canada	France	Allemagne	Pays-Bas	Nouvelle Zélande	Norvège	Suède	Suisse	Royaume- Uni	États-Unis	Total
Nombre de cabinets	500	2569	1287	809	788	503	661	2411	1095	1001	1576	13200
% de cabinets incluant:												
Infirmier-ière	90,8	68,2	50,0	23,7	35,2	99,1	50,2	98,6	20,9	99,5	72,0	64,4
IPA/IPS	16,2	36,9	0	2,9	13,6	35,4	12,6	93,7	5,2	63,4	61,1	31,0
Assistant-e médical-e	3,2	11,7	0	97,5	96,1	14,3	97,6	25,6	90,8	12,8	38,6	44,4
Nutritionniste	53,2	45,0	21,2	16,7	31,5	16,3	6,1	58,0	18,3	16,6	34,2	28,8
Pharmacien-ne	32,9	52,1	0	1,7	25,6	51,3	6,3	19,3	2,8	73,1	35,0	27,3
Psychologue	57,8	43,3	31,0	6,4	94,9	36,3	16,5	96,3	15,3	31,5	35,8	42,3
Physiothérapeute	44,3	28,5	37,1	4,7	21,0	31,2	22,2	76,3	11,4	26,1	25,7	29,9
Travailleur-euse social-e	7,9	44,2	15,7	0,9	8,6	17,1	7,9	0	2,3	17,2	39,6	14,7

(Source : Commonwealth Fund 2019).

organisation n'est pas, en quelque sorte, un obstacle à l'évolution des modèles vers une pluriprofessionnalité. Les assistant-es médicaux-ales peuvent avoir une palette d'activité assez large, non seulement en termes de tâches administratives mais aussi cliniques. De plus, il s'agit de la profession qui est la moins coûteuse en termes de rémunération parmi l'ensemble des professions décrites. On notera d'ailleurs que la France est en train d'introduire cette profession (ou plutôt cette fonction car il ne s'agit pas d'une profession pour l'instant), en réponse à de fortes pressions sur la première ligne de soins.

Dans de nombreux pays, l'évolution depuis un modèle traditionnel, avec un médecin financé à l'acte, vers des modèles pluriprofessionnels incluant des professionnels qui ne fonctionnent pas sur le même mode de rémunération pose évidemment le problème du financement de ces nouveaux modèles. Dans ce domaine, une évolution est également à conduire en parallèle (voir article des mêmes auteurs dans ce numéro: Nouveaux modèles de soins en médecine de famille¹¹).

Enfin, l'évolution vers des équipes pluriprofessionnelles n'est pas toujours synonyme d'une évolution vers une réelle prise en charge interprofessionnelle des patients. Il s'agit pourtant de l'idée originale sous-jacente à la transformation des systèmes de premier recours.⁴

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

ORCID ID:

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

N. Senn: <https://orcid.org/0000-0002-9986-3249>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le développement des équipes interprofessionnelles de première ligne est en marche.
- Certains choix dans la composition d'équipes de première ligne pourraient freiner un développement interprofessionnel plus large.

1 *Schepman S, Hansen J, de Putter ID, Batenburg RS, de Bakker DH. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *Int J Integr Care*. 2015 Jun 24;15:e027.

2 **Ghorob A, Bodenheimer T. Share the Car: building teams in primary care practices. *J Am Board Fam Med*. 2012 Mar-Apr;25(2):143-5.

3 *Saint-Pierre C, Hershovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 2018 Mar 27;35(2):132-41.

4 Norful AA, Swords K, Marichal M, Cho H, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: The promise of a new delivery care model to improve quality of care. *Health Care Manage Rev*. 2019 Jul/Sep;44(3):235-45.

5 Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8 ;(3):CD000072.

6 Jaén CR, Ferrer RL, Miller WL, et al. Patient outcomes at 26 months in the

patient-centered medical home National Demonstration Project. *Ann Fam Med*. 2010;8 Suppl 1(Suppl 1):S57-67; S92.

7 Doty MM, Tikkanen R, Shah A, Schneider EC. Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries. *Health Aff*. 2020 Jan;39(1):115-23.

8 Osborn R, Moulds D, Schneider EC, et al. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff*. 2015 Dec;34(12):2104-12.

9 Swankoski KE, Peikes DN, Palakal M,

Duda N, Day TJ. Primary Care Practice Transformation Introduces Different Staff Roles. *Ann Fam Med*. 2020 May;18(3):227-34.

10 *Patel MS, Arron MJ, Sinsky TA, et al. Estimating the staffing infrastructure for a patient-centered medical home. *Am J Manag Care*. 2013 Jun;19(6):509-16.

11 Cohidon C, Senn N. Nouveaux modèles de soins en médecine de famille. *Rev Med Suisse*. 2023; 19(826):885-8. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.826.885

* à lire

** à lire absolument