

Pour une meilleure prise en charge des patients en médecine de famille: quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2019?

Dre CHRISTINE COHIDON^a et Pr NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1039-43

L'interprofessionnalité (IP) en médecine de premier recours est largement encouragée. Cependant, si les étudiants en médecine ont une attitude favorable vis-à-vis de l'IP, celle-ci est dégradée lorsqu'ils atteignent le postgrade. Une revue de littérature sur le travail en IP montre que si ses effets positifs sont assez clairement établis sur les processus de soins, ils le sont moins pour ce qui concerne la santé des patients. Un troisième article sur le nombre annuel de visites en médecine de famille montre son absence d'association avec la mortalité ou encore les admissions hospitalières. Un dernier article, chinois, vise à modifier la perception du délai d'attente acceptable pour les patients afin d'améliorer leur satisfaction vis-à-vis du système de soins. Les résultats pourraient être extrapolables à nos systèmes!

Improving patient care in family medicine: what's new about healthcare organization in the 2019 literature?

Interprofessional collaboration (IPC) in primary care is widely encouraged, however, while medical students have a favourable attitude towards IPC, this attitude is less favourable when they reach the post-graduate level. A review of the literature on the characteristics of interprofessional primary care teams shows that while the positive effects of IPC are relatively clear on the care processes, they are much less clear with respect to patient health outcomes. A third paper studies the annual rate of family medicine visits and shows no association with mortality or hospital admissions rates. A final article, from China, looks at the idea of changing patients' perceptions of expected waiting times in order to improve their satisfaction with the health care system. The results could be extrapolated to our Western systems!

INTRODUCTION

Cet article propose un résumé d'une sélection d'articles issus de la littérature scientifique sur la médecine de famille (MF) en lien avec l'organisation du système de santé parus en 2019. Ils ont été retenus pour l'intérêt de leur thématique, leur originalité ou leur qualité méthodologique. Cette année, un accent est mis sur l'interprofessionnalité (IP) puisque deux des quatre articles portent sur ce thème. La collaboration

interprofessionnelle en médecine de premier recours est en effet désormais largement encouragée, dans un objectif de qualité des soins et de maintien des coûts de la santé.

NOMBRE DE CONSULTATIONS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET INDICATEURS QUALITÉ¹

Contrairement au recours aux services d'urgence qu'il est souhaitable de limiter pour les patients comme pour le système de santé, il n'existe pas de nombre « idéal » de consultations annuelles chez le médecin généraliste. Par ailleurs, les liens entre le taux de consultation en médecine de premier recours et le recours aux soins de seconde ligne, la mortalité ou encore la satisfaction des patients demeurent flous. Un nombre annuel élevé de consultations pourrait être perçu comme un bon moyen de limiter le recours aux services d'urgence; cependant, il pourrait aussi être considéré dans certains cas comme révélateur de dysfonctionnements dans la prise en charge des patients.

Cette étude anglaise avait pour objectif d'observer si le taux annuel de consultations par patient, soit avec un médecin généraliste, soit avec un-e infirmier-ère de premier recours, était associé à certains indicateurs sanitaires tels que les hospitalisations, la satisfaction des patients et la qualité des soins (score global issu du système anglais *Quality and Outcomes Framework* (QOF)²). L'étude, réalisée à l'échelle des cabinets, a été possible via la mise en lien de différentes bases de données médico-administratives concernant 283 cabinets de médecine générale entre 2013 et 2014.

L'analyse des données ne montre aucune association entre le taux annuel de consultations, que ce soit avec un médecin généraliste ou avec un-e infirmier-ère, et la mortalité ou les admissions hospitalières. En revanche, un taux plus élevé de consultations avec une infirmière montre une meilleure qualité des soins (meilleur score global QOF). Ce n'est pas le cas en ce qui concerne le taux annuel de visites avec les médecins, ce dernier étant, en revanche, associé à une meilleure satisfaction des patients dans les domaines relatifs à l'accès aux soins (**tableau 1**).

Ces analyses prenaient en compte d'autres facteurs relatifs à la fois à la patientèle (sexe-ratio, âge, degré de vulnérabilité) et aux cabinets (degré de ruralité, taille des cabinets, équivalent

^aDépartement de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
christine.cohidon@hospvd.ch | nicolas.senn@hospvd.ch

TABLEAU 1

Associations entre caractéristiques des cabinets et indicateurs de santé

IRR : Incidence Rate Ratio.

	Mortality rate			Hospital admissions		
	IRR	95% CI		IRR	95% CI	
GP consultation rate (per patient person-year)	1.01	0.98	1.04	1.02	0.99	1.04
Nurse consultation rate (per patient person-year)	0.97	0.93	1.02	0.98	0.94	1.03
Percentage of patients aged over 64	1.06	1.05	1.07	1.02	1.02	1.03
Percentage of patients who are female	0.96	0.94	0.99	1.01	0.99	1.03
Number of FTE doctors per 1000 patients	1.55	1.22	1.97	1.05	0.86	1.29
Number of FTE nurses per 1000 patients	1.07	0.82	1.38	1.05	0.83	1.32
Urban location (compared to rural)	1.19	1.07	1.31	1.12	1.03	1.22
Percentage of patients in most deprived quintile of IMD	1.00	1.00	1.01	1.01	1.00	1.01
Training practice (yes compared to no)	1.04	0.97	1.11	0.95	0.90	1.01

(Adapté de réf. ¹)

temps plein (ETP) médecins et infirmier·ière·s). Ces facteurs, en particulier l'âge de la patientèle, le milieu urbain et la taille des cabinets, se sont finalement révélés plus prédictifs de la mortalité et des hospitalisations que le nombre annuel de visites (indicateurs sanitaires péjorés en cas de patientèle âgée, en milieu urbain et dans les cabinets avec des ETP médecins plus élevés).

Ces résultats sont considérés comme rassurants par les auteurs dans le sens où l'atteinte d'un niveau de saturation de la médecine de premier recours en termes de nombre de consultations n'impacterait pas trop fortement l'état de santé de la population. Ces résultats mettent également à mal les décisions de certains systèmes sanitaires quant à la nécessité d'améliorer l'accès à la médecine de premier recours, en élargissant les horaires d'ouverture, par exemple. Une des conclusions serait au contraire de mieux considérer dans la prise en charge des populations les caractéristiques de la patientèle (âge et niveau social en particulier) qui semblent plus prédictifs de l'état de santé.

À noter comme limite à cette étude que derrière l'indicateur global qu'est le nombre annuel de visites, il n'est pas possible de faire la distinction entre la demande des patients en termes de visites (besoins exprimés) et l'offre des cabinets proposée en retour.

Il n'existe probablement pas de nombre « idéal » de consultations annuelles chez le médecin généraliste. Par ailleurs, ce nombre (ou taux) n'apparaît pas prédictif d'indicateurs de santé globale (mortalité, admissions hospitalières, recours aux urgences) des patients.

ATTITUDES DES MÉDECINS EN FORMATION PAR RAPPORT À LA COLLABORATION MÉDECIN-INFIRMIER·ÈRE³

La collaboration interprofessionnelle est l'une des réponses les plus mises en œuvre pour améliorer la qualité des soins et

réduire les coûts de santé. Elle est largement encouragée par les différentes instances de santé, nationales et internationales.⁴ Cette pratique professionnelle est cependant rarement innée et ne correspond classiquement pas aux standards des pratiques professionnelles des médecins, notamment des médecins de famille. Ainsi, l'IP est désormais introduite durant la formation des professionnels. Le fait que différentes professions apprennent à la fois ensemble et les unes des autres semble être le gage d'un meilleur fonctionnement interprofessionnel dans le futur.

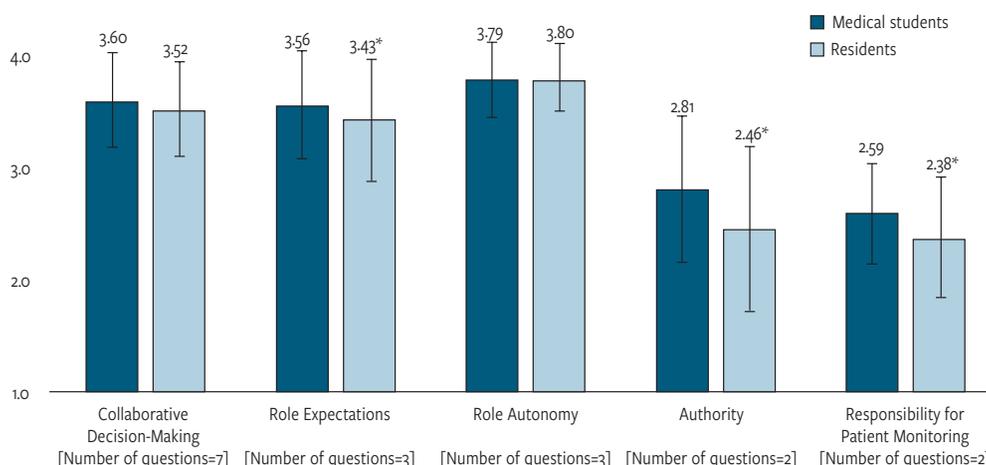
Cette étude originale a pour objectif d'observer si l'attitude des médecins vis-à-vis de la collaboration médecin-infirmier·ère est amenée à évoluer au cours des années de formation. Les auteurs font en effet l'hypothèse que les critères fondateurs de l'IP, à savoir le respect, la confiance, la compréhension des rôles et le sentiment de pouvoir, pourraient varier au fur et à mesure des études médicales. Par ailleurs, elle vise également à observer d'éventuelles différences selon la spécialité choisie. L'outil utilisé est l'échelle de Jefferson.⁵ Il s'agit d'un questionnaire validé à 20 questions regroupées en 5 domaines: prise de décision collaborative, définition des rôles, autonomie, autorité-pouvoir et responsabilité de la prise en charge du patient. L'étude a été menée auprès de 129 étudiants en médecine de 3^e année et 292 «résidents» (internes/médecins assistants) de 22 spécialités différentes dans une école de médecine américaine.

En premier lieu, d'après leur score à l'échelle de Jefferson, les étudiants comme les «résidents» se montrent globalement favorables à l'IP. Néanmoins, comme le montre la **figure 1**, les réponses des étudiants en médecine traduisent une attitude plus favorable aux différentes dimensions de l'IP que celles de leurs aînés. Ces différences sont significatives pour les domaines de l'autorité et de la responsabilité. Par ailleurs, les «résidents» issus des spécialités chirurgicales présentent une attitude plus défavorable vis-à-vis de l'IP, quel que soit le domaine décrit.

Ces résultats pourraient donc traduire une baisse de l'attitude favorable vis-à-vis de l'IP au cours du cursus médical. Il faut

FIG 1 Attitude envers le travail en IP selon les dimensions de l'échelle de Jefferson durant le cursus médical

En ordonnée, score d'attitude favorable.



(Adapté de réf. 3)

cependant noter qu'il ne s'agit pas d'un suivi d'une même population d'étudiants dans le temps mais d'une analyse au même moment (en 2016) de deux populations à un niveau différent de leur cursus, ce qui limite sensiblement l'interprétation des résultats. Dans ce contexte, les différences entre spécialités au sein de la population des «résidents» sont moins sujettes à caution.

Les auteurs soulignent que, bien qu'une formation IP au début du cursus médical assure les fondements d'une pratique IP ultérieure, la confrontation à des situations réelles (impliquant la résolution de problèmes) joue un rôle majeur. Maintenir les formations en IP lors des périodes cliniques telles que l'internat semble donc important; ce qui est actuellement peu fait dans les cursus (alors que les formations en IP se généralisent en début de cursus médical). Les auteurs mettent aussi leurs résultats en perspective avec le concept de *hidden or unstructured curriculum*.⁶ Cette théorie appliquée à la formation médicale met en avant une certaine érosion des valeurs morales des médecins au fur et à mesure de leur formation et de leur pratique clinique.⁷ La diminution de l'intérêt pour l'IP pourrait trouver une explication dans cette théorie.

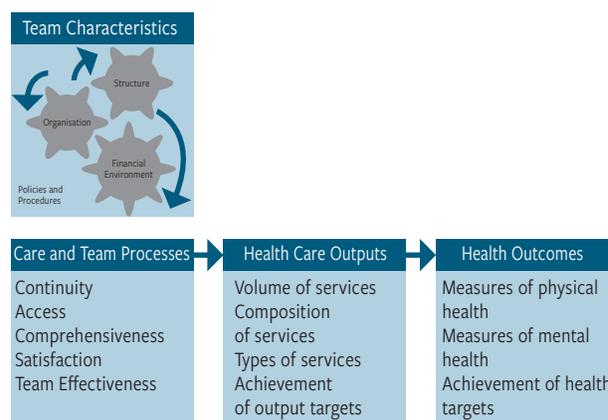
Globalement, les médecins en formation se déclarent favorables au travail en IP. Cependant, cette attitude favorable semble s'estomper au fur et à mesure du cursus médical.

CARACTÉRISTIQUES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS⁸

Comme expliqué pour l'article précédent, la collaboration interprofessionnelle en médecine de premier recours est désormais largement encouragée. Les équipes IP sont constituées de professionnels issus de professions et disciplines différentes, offrant aux patients une prise en charge large et

permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins. Pour autant, les effets du fonctionnement en IP sur les processus de soins et la santé des patients varient selon les contextes et il n'existe pas d'études sur la composition optimale des équipes IP qui offrirait le plus d'intérêt pour le système de santé. Tel est l'objet de cet article au travers d'une revue de littérature centrée sur le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Le choix de cibler ces pays reposait sur le fait qu'ils avaient déjà entrepris, depuis le début des années 2000, des restructurations de leur système de premier recours en introduisant des équipes IP. Les résultats sont présentés en distinguant les effets des caractéristiques des équipes sur les différentes étapes de la prise en charge des patients. Cela permet d'appréhender une chaîne de causalité (modèle logique) considérant que les caractéristiques des équipes peuvent avoir un effet direct sur leur fonctionnement et les processus de soins, et des effets plus indirects sur les soins délivrés et la santé des patients (figure 2).

FIG 2 Modèle logique décrivant les impacts de l'IP sur le processus de soins



(Adapté de réf. 8)

L'analyse de la littérature montre que l'ajout de personnes dans les équipes de soins, en particulier les infirmier·ière·s, est incontestablement une source d'amélioration des processus de soins. Il en est de même pour le partage d'un même lieu de travail, les développements de type *bottom-up* ainsi que la clarté des objectifs, rôles et procédures pour les prises en charge. L'ambiance au sein de l'équipe est fortement associée à l'amélioration des processus de soins. Les résultats montrent également que le fonctionnement en équipe IP est associé à une diminution des hospitalisations et une meilleure atteinte des recommandations, en termes de prévention notamment. Les résultats sur les effets concernant la santé des patients sont en revanche plus incertains. Si de nombreuses études sur le travail en IP montrent un intérêt pour la prise en charge des malades chroniques, d'autres n'atteignent pas les objectifs espérés. Par ailleurs, les impacts relatifs au mode d'organisation en IP, au mode de financement et au type de politiques publiques accompagnant les démarches sur la santé semblent aussi modérés. De manière générale, quelle que soit l'étape examinée dans la **figure 2**, l'effet des modèles financiers permettant l'IP, bien que très étudié, est considéré comme modéré. Enfin, les résultats portant sur les conséquences en termes de coûts du fonctionnement en IP sont actuellement insuffisants pour que des conclusions claires soient tirées. Des études spécifiques dans ce domaine sont donc nécessaires.

Cette revue de littérature, ambitieuse de par l'étendue de ses objectifs, caractérise bien la difficulté de résumer les connaissances disponibles pour les généraliser dans ce domaine. Néanmoins, elle montre que si les effets positifs de l'IP sont relativement clairement établis sur les processus de soins (et d'équipe), ils le sont moins en ce qui concerne la santé des patients. Elle souligne enfin la nécessité d'une meilleure collaboration entre chercheurs et professionnels de santé publique afin de permettre une coordination des politiques publiques avec les projets de recherche. L'évaluation de tels projets permettrait alors de mieux comprendre les articulations de chacun des composants du fonctionnement en IP sur les résultats escomptés. Un dernier élément frappant de cette étude, et qui représente certainement une caractéristique essentielle de l'IP, est l'accent mis sur les rôles et compétences de chacun plus que sur les professions en tant que telles. Ce dernier point est essentiel si l'on souhaite sortir d'une bataille corporatiste et stérile entre professionnels pour aller vers un réel partage de leadership dans la prise en charge des patients.

Les effets positifs de l'IP sont relativement clairement établis sur les processus de soins (et d'équipe). En revanche, ils le sont bien moins en ce qui concerne la santé des patients. L'impact sur les coûts de santé reste également à confirmer. Il est par ailleurs important de mettre l'accent sur les rôles et compétences de chacun plus que sur l'appartenance professionnelle des soignants d'une équipe.

DÉLAIS D'ATTENTE ET SATISFACTION DES PATIENTS⁹

Cet article ne traite pas spécifiquement de la MF, puisqu'il porte sur des consultations en ambulatoire à l'hôpital. Par

ailleurs, l'étude a été menée en Chine, dans un contexte par conséquent sensiblement différent de la MF suisse. Néanmoins, les résultats sont intéressants de par la théorie dont ils découlent et la possibilité de les extrapoler à d'autres contextes.

Les délais d'attente pour voir un médecin en ambulatoire sont source d'insatisfaction de la part des patients, en particulier en Chine. Or, la satisfaction des patients est désormais classiquement incluse parmi les indicateurs de mesure de la qualité des soins pour évaluer les performances des systèmes sanitaires. En outre, toujours dans l'objectif d'améliorer la satisfaction des patients, les médecins chinois sont invités à augmenter les durées de consultation, ce qui ne fait naturellement qu'accentuer les délais d'attente. Face à ce dilemme, ces chercheurs chinois, en se basant sur la théorie dite «des perspectives»^{10,11} qui prédit les comportements en économie, ont émis l'hypothèse d'une possible amélioration de la satisfaction en modifiant les références des patients en termes de délais attendus, plutôt que de réduire effectivement les délais d'attente. Ainsi, diffuser des informations négatives quant aux délais d'attente permettrait de modifier ses «valeurs de référence» en matière de délai attendu.

L'expérience a été menée auprès de 257 étudiants répartis en 2 groupes, l'un «intervention», exposé à des informations négatives sur les délais d'attente, et l'autre «témoin», vierge de toute information. Les résultats suivants sont observés:

- 1) Quel que soit le groupe et avant toute réception d'informations sur l'attente, la satisfaction des patients diminue lorsque le temps effectif d'attente dépasse celui attendu.
- 2) Exposés à des informations négatives sur les délais d'attente, les étudiants du groupe expérimental ont augmenté de manière significative leurs délais attendus (acceptables) pour plus de 84% d'entre eux, en particulier chez les femmes (38% d'entre elles étendent leur temps d'attente attendu de 1 à 2 heures).
- 3) Finalement, la satisfaction était supérieure chez le groupe intervention lorsque le temps attendu (augmenté suite aux informations négatives) était supérieur au temps réel d'attente. Lorsque le temps d'attente attendu restait inférieur au temps réel, le ratio d'insatisfaits était inférieur chez le groupe intervention par rapport au groupe témoin (**tableau 2**).

La principale limite de cette étude est qu'elle a été conduite chez des étudiants et non des patients (en situation réelle). Aussi, il s'agit de réponses collectées sur des scénarios et non des situations vécues, et qui plus est sur de petits effectifs. Néanmoins, elle montre l'importance des représentations et valeurs sur les attentes des personnes par rapport au système de soins. Très concrètement, elle souligne l'intérêt de diffuser au moins dans les salles d'attente (voire par d'autres moyens) des messages sur la fréquentation des services et les temps d'attente réels.

Modifier les valeurs des patients en termes de temps d'attente permettrait d'augmenter leur satisfaction vis-à-vis du système de soins.

TABLEAU 2 Satisfaction selon les scénarios proposés et les groupes (intervention/contrôle)

T0: temps d'attente attendu avant information défavorable; T1: temps d'attente attendu après information défavorable; Ta: temps d'attente effectif; a: différence significative des scores de satisfaction entre les 2 groupes.

	N	Very dissatisfied	Dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
T0=1.5h and Ta=1.0h					
Control group	41	1 (2.4%)	2 (4.9%)	17 (41.5%)	21 (51.2%)
Experimental group (T1=2.5h)	37	1 (2.7%)	0 (0.0%)	12 (29.7%)	25 (67.6%)
T0=1.5h and Ta=2.0h					
Control group	40	6 (15.0%)	13 (32.5%)	16 (40.0%)	5 (12.5%)
Experimental group (T1=2.5h)	44	1 (2.3%) a	9 (20.5%)	19 (43.2%)	15 (34.1%) a
T0=1.5h and Ta=3.0h					
Control group	38	17 (44.7%)	10 (26.3%)	9 (23.7%)	2 (5.3%)
Experimental group (T1=2.5h)	33	7 (21.2%) a	17 (51.5%) a	7 (21.2%)	2 (6.1%)

(Adapté de réf. 9)

CONCLUSION

Comme de nombreux pays occidentaux avant elle, la MF suisse doit envisager des transformations si elle veut répondre correctement et de manière durable aux défis démographiques et sanitaires. Ces transformations doivent concerner les organisations et pratiques en cabinets mais aussi la formation initiale et continue des professionnels. En ce sens, l'IP est un très bon exemple de domaine de transformation qu'il paraît nécessaire d'appréhender à toutes les étapes de fonctionnement du système de soins. Le renforcement de la culture de l'IP conditionne la réussite de nombreuses autres transformations organisationnelles et pratiques.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'attitude des médecins vis-à-vis du travail en interprofessionnalité (IP) semble se dégrader durant leur cursus de formation. Un maintien de cette culture, en formation initiale et continue, apparaît nécessaire
- Les effets d'un travail en IP n'apparaissent pas toujours de manière évidente sur des indicateurs sanitaires distaux tels que l'état de santé des patients. En revanche, son impact sur les processus de soins est avéré. Ces résultats soulignent à nouveau la nécessité d'inclure toutes les étapes des soins dans l'évaluation de la qualité d'un système de santé
- Dans le même ordre d'idée, le nombre annuel de consultations en médecine générale ne préjuge pas des taux de mortalité des patients ni des taux d'hospitalisations

1 **Lay-Flurrie S, Mathieu E, Bankhead C, et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: a cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 millions patients in 238 practices. BMC Health Serv Res 2019;19:219.

2 *Sutcliffe D, Lester H, Hutton J, Stokes T. NICE and the Quality and Outcomes Framework (QOF) 2009-2011. Qual Prim Care 2012;20:47-55.

3 **Kempner S, Brackmann M, Kobernik E, et al. The decline in attitudes toward physician-nurse collaboration from medical school to residency. J

Interprof Care 2019;1-7.

4 *Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, et al. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2012;20:303-12.

5 Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, et al. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. Eval Health Prof 1999;22:208-20.

6 Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room.

Med Educ 2002;36:728-34.

7 *Martimianakis MA, Michalec B, Lam J, et al. Humanism, the Hidden Curriculum, and Educational Reform: A Scoping Review and Thematic Analysis. Acad Med 2015;90(Suppl.):S5-13.

8 **Wranik WD, Price S, Haydt SM, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy 2019;123:550-63.

9 Ma W-M, Zhang H, Wang N-L. Improving outpatient satisfaction by extending expected waiting time. BMC

Health Serv Res 2019;19:565.

10 Arkes H, Hirshleifer D, Jiang D, Lim S. A cross-cultural study of reference point adaptation: Evidence from China, Korea, and the US. Organ Behav Hum Decis Process 2010;112:99-111.

11 Tversky A, Kahneman D. Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. J Risk Uncertain 1992;5:297-323.

* à lire

** à lire absolument