



HAL
open science

La coopération interprofessionnelle en soins primaires autour des pathologies chroniques : application au diabète de type 2

Irène Supper

► **To cite this version:**

Irène Supper. La coopération interprofessionnelle en soins primaires autour des pathologies chroniques : application au diabète de type 2. Gestion et management. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSE1156 . tel-03289006

HAL Id: tel-03289006

<https://theses.hal.science/tel-03289006v1>

Submitted on 16 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre : 2019LYSE1156

Année 2019

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON

opérée au sein de

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Ecole Doctorale Interdisciplinaire Sciences Santé (EDISS) N°205

Spécialité de doctorat : Santé Publique

Discipline : Recherche sur les services de santé

Soutenue publiquement le 30 septembre 2019

par

Irène SUPPER

Titre :

**LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS
PRIMAIRES AUTOUR DES PATHOLOGIES CHRONIQUES :
APPLICATION AU DIABETE DE TYPE 2.**

Devant le jury composé de :

Bugnon Olivier, Professeur Associé de Pharmacie, Université de Lausanne, Rapporteur

Meyer, Laurence, Professeure des Universités de Santé Publique, HDR, Université Paris Sud, Rapporteur

Rougé Bugat Marie-Eve, Professeure des Universités de Médecine Générale, HDR, Université de Toulouse

Ecochard, René, Professeur des Universités de biostatistique, Université Claude Bernard Lyon 1, Examineur

Letrilliart, Laurent, Professeur des Universités, HDR, Université Claude Bernard Lyon 1, Directeur de thèse

Bourgueil, Yann, Docteur en médecine, Directeur de recherche IRDES, Co-directeur de thèse

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université

Président du Conseil Académique

Vice-président du Conseil d'Administration

Vice-président du Conseil Formation et Vie Universitaire

Vice-président de la Commission Recherche

Directrice Générale des Services

M. le Professeur Frédéric FLEURY

M. le Professeur Hamda BEN HADID

M. le Professeur Didier REVEL

M. le Professeur Philippe CHEVALIER

M. Fabrice VALLÉE

Mme Dominique MARCHAND

COMPOSANTES SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est – Claude Bernard

Directeur : M. le Professeur G.RODE

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux

Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON

Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS

Faculté d'Odontologie

Directeur : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Directeur : M. X. PERROT

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Directeur : Mme la Professeure A-M. SCHOTT

Département de formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine

COMPOSANTES ET DEPARTEMENTS DE SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI
Département Biologie	Directeur : M. le Professeur F. THEVENARD
Département Chimie Biochimie	Directeur : Mme C. FELIX
Département GEP	Directeur : M. Hassan HAMMOURI
Département Informatique	Directeur : M. le Professeur S. AKKOUCHE
Département Mathématiques	Directeur : M. le Professeur G. TOMANOV
Département Mécanique	Directeur : M. le Professeur H. BEN HADID
Département Physique	Directeur : M. le Professeur J-C PLENET
UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y.VANPOULLE
Observatoire des Sciences de l'Univers de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI
Polytech Lyon	Directeur : M. le Professeur E.PERRIN
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT
Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart,
qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse,
pour ta disponibilité, ta patience depuis 9 ans et l'énergie développée pour réaliser l'étude
ECOGEN.

A Monsieur le Docteur Yann Bourgueil,
qui m'a fait l'honneur de codiriger cette thèse,
pour tes contributions pragmatiques et le partage de ton expérience de cette thématique

A Monsieur le Professeur René Ecochard
qui m'a fait l'honneur de participer à mon jury,
pour ton aide biostatistique indispensable et ta confiance.

A Madame la Professeure Marie-Eve Rougé Bugat,
qui m'a fait l'honneur de participer à mon jury,
pour ta réactivité, tes encouragements et ta disponibilité pour évaluer la qualité de mon
travail.

A Monsieur le Professeur Bugnon,
qui m'a fait l'honneur d'être rapporteur et de participer à mon jury,
merci de votre disponibilité pour évaluer la qualité de mon travail.

A Madame la Professeure Laurence Meyer,
qui m'a fait l'honneur d'être rapporteur et de participer à mon jury,
merci de votre disponibilité pour évaluer la qualité de mon travail.

A Madame Véronique Pelletier-Fleury,
qui m'a fait l'honneur d'être rapporteur,
merci de votre disponibilité pour contribuer à la qualité de mon travail.

A tous les membres de l'étude ECOGEN

A Laura et Alicia pour la qualité de leur travail de thèse et de nos échanges partagés.

A l'ensemble du comité de pilotage de l'étude ECOGEN, au comité scientifique, à tous les internes investigateurs et leurs maîtres de stage.

A Mad-Hélénie Guérin, biostatisticienne de l'étude ECOGEN pour sa rigueur, la qualité de son travail et sa patience infinie pour nous expliquer et partager avec nous les résultats.

A Philippe Ameline pour le moteur de recherche

Au CNGE pour le support de l'étude

A tous les membres du Collège Universitaire de Médecine Générale

Au Professeur Alain Moreau et au Professeur Marie Flori pour votre soutien absolument indispensable et votre bienveillance fondamentale. C'est une chance de travailler avec vous au quotidien.

A mes co-chefs, Marion, Christine, Sophia, Nadir, Maud, Noémie, Thomas... votre soutien dans les moments difficiles a été très précieux.

A Nathalie Gras, pour ton soutien logistique, technique et humain.

Et à toute l'équipe pour le témoignage répété de votre soutien, si indispensable.

Au Professeur Anne-Marie Schott, pour m'avoir initiée à l'esprit critique et à l'évaluation en santé puis proposé d'intégrer son équipe HESPER, et pour tout le dynamisme qui porte ton engagement.

Au Professeur Emmanuelle Canet-Soulas, pour sa vigilance.

Au Professeur Roselyne Boulieu, pour avoir consacré du temps à mes comités de suivi de thèse.

Au Dr Olivier Catala pour sa collaboration fructueuse.

A toute l'équipe du cabinet de Servenoble, Alain, Jean-Yves, Charlotte, Cécile, Marilyne, Jean-Marie, Daisy, Olivier, Emilie, Céline, Mélanie, Romain, Maurice, Dalila, Elodie, Jade, Joëlle et Khariba pour m'avoir soutenue et avoir assuré la continuité du cabinet à tout moment !

A toute l'équipe de la MSP du 8 mai 1945 : c'est un plaisir de revenir parmi vous avec ce beau projet de MSPU !

A Rémy, pour toutes nos réflexions partagées et pour tous les encouragements reçus, bien nécessaires pour que ce travail aboutisse.

A Madame Claudine Vacheret, pour son aide précieuse à la finalisation de ce long travail.

A Patricia, Sophie, Bérangère et Sébastien, Marie, équipe de choc pour m'accompagner au long de ces années dans mes projets les plus fous et pas toujours bien mesurés.

A Leila Watt, pour m'avoir donné envie de devenir facilitateur d'apprentissage. A toute l'équipe du projet épilepsie Rwanda de Handicap International pour son fabuleux travail et l'énergie transmise.

A tous mes autres amis...

A Sylvie, ma sœur, toujours présente, merci de me rappeler parfois nos échanges et les chemins parcourus jusque-là, une bonne mise en perspective !

A mes parents, pour m'avoir transmis leur curiosité, leur ouverture au monde et la patience du long chemin à parcourir pour atteindre l'objectif de nos randonnées et de nos vies.

A Julien et Odile, pour leur présence auprès de Mathéis.

A Geoffroy, ton bonheur me porte au quotidien et c'est un vrai plaisir de partager l'aventure de la vie avec toi à chaque instant.

A Mathéis, mon rayon de soleil permanent, toi qui me rappelles à la joie de l'instant présent et partagé avec ta maman... Qu'en auras-tu pensé, toi, de cette thèse ?

A Célian, merci d'être là ! Quelle belle vitalité de chaque instant !

A Eggbert 6 en devenir, quelle belle perspective de t'accueillir bientôt ! Toi aussi tu n'y auras pas échappé à cette thèse !

A l'infiniment petit.

Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.

Immanuel Kant

Rien n'est simple, tout se complique...

Sempé

Résumé

Face à la transition épidémiologique, avec l'augmentation des besoins de santé dans un cadre de ressources professionnelles limitées, une nouvelle coopération interprofessionnelle formalisée en soins primaires est requise. Les modalités pratiques et l'acceptabilité de cette coopération en soins primaires restent à définir. L'objectif de cette thèse était d'identifier les représentations générales des facteurs facilitant ou limitant la coopération interprofessionnelle en soins primaires et d'explorer les procédures de soins des médecins généralistes, susceptibles d'être transférées à d'autres professionnels de santé chez les patients atteints d'une maladie chronique prototypique.

A partir d'une revue systématique des déterminants de la coopération interprofessionnelle, nous avons montré que l'organisation du travail en équipes de soins primaires doit tenir compte de l'ensemble des acteurs concernés et en premier lieu du patient, que ce soit dans le domaine de la recherche, de la formation et des protocoles de soins.

Dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques de type 2, une étude nichée dans l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine GENérale) a montré qu'une part significative de l'activité des médecins généralistes pourrait être transférée à d'autres professionnels de santé, notamment dans le champ de la prévention du risque cardiovasculaire considéré dans sa globalité.

La délégation de tâches par binômes doit évoluer vers une organisation en équipes pluriprofessionnelles incluant le patient. Les représentations des patients et des différents professionnels devront être prises en compte avant d'étendre les expérimentations en cours.

Mots-clés : médecin de famille, délégation professionnelle, partage de compétences, coopération interprofessionnelle, soins primaires, diabète de type 2.

Abstract

The epidemiological transition calls for redefining the roles of the various professionals involved in primary health care towards greater collaboration to bridge the gap between increasing healthcare needs and limited professional resources. Practical modalities and the acceptability of this collaboration in primary care need to be further defined. The aim was to identify general perspectives on factors influencing interprofessional collaboration in primary care and to explore processes of care realised by general practitioners, which could be transferred to other health care professionals, for patients with a prototypic disease. The review on determinants of interprofessional collaboration showed that the skill-mix among primary healthcare teams should consider the views of all involved actors, including the patient, for research, training and care protocols. The principal facilitating factors were the different actors' common interest in interprofessional collaboration, perceiving opportunities to improve quality of care and to develop new professional fields. The main barriers were the challenges of definition and awareness of one another's roles and competences. For patients with type 2 diabetes, analyses from the ECOGEN study showed that a significant part of GP activity could be transferred to allied healthcare professionals, provided that cardiovascular risk prevention is properly considered. Task-shifting evolves towards interprofessional collaboration including the patient himself and a global patient perspective. The views of patients and healthcare professionals should be sought before conducting further studies.

Keywords: Cooperative behaviour, interprofessional relations, patient care team, primary health care/organization and administration, type 2 diabetes.

Liste des abréviations

ACFA	Arythmie complète par fibrillation auriculaire
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'état
AT	Accident du travail
AVC	Accident vasculaire cérébral
CISP-2	Classification internationale des soins primaires- Deuxième version
CMU	Couverture maladie universelle
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DNID	Diabète non insulino-dépendant
ECOGEN	Etude des éléments de consultation en médecine générale
ESP	Equipes de soins primaires
GP	General practitioner
HAS	Haute autorité de santé
HTA	Hypertension artérielle
IPEP	Incitation à une prise en charge partagée
MP	Maladie professionnelle
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PEPS	Paiement en Equipe de Professionnels de Santé en ville
PRADO	Programme de Retour A Domicile
PTA	Plateformes Territoriales d'Appui
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
	Organisation mondiale des associations et collèges nationaux des médecins généralistes

Résumé substantiel

Face à la transition épidémiologique avec une augmentation de la demande de soins dans un cadre de ressources professionnelles limitées, la coopération interprofessionnelle apparaît comme une possibilité de réorganiser les soins primaires de manière à s'adapter à l'évolution des besoins. Des études expérimentales ont été menées sur la prise en charge en première ligne ou le suivi des pathologies chroniques par une infirmière praticienne en substitution du médecin. Avec un haut niveau de preuve, il n'y a pas eu de différence de nombre de prescriptions ni de consultations aux urgences. En revanche, la satisfaction des patients était améliorée au prix d'un nombre augmenté de consultations de contrôle. Les résultats divergent avec une augmentation des hospitalisations dans les études de meilleure qualité. La mise en œuvre à large échelle doit faire face à des limites humaines (relations hiérarchiques perçues, représentations des rôles professionnels, confiance...) et organisationnelles. L'objectif de cette thèse était d'identifier les représentations générales des facteurs facilitant ou limitant la coopération interprofessionnelle en soins primaires et d'explorer les procédures de soins des médecins généralistes susceptibles d'être transférées à d'autres professionnels de santé chez les patients atteints d'une maladie chronique prototypique.

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature à partir des bases de données Cochrane, Medline, Psychinfo et Web of science. Les études incluses devaient rapporter les facteurs facilitants et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle perçus par les différents acteurs et répertoriés lors d'entretiens collectifs ou individuels. Les acteurs concernés étaient les médecins généralistes, les pharmaciens, les psychologues, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les travailleurs sociaux et les secrétaires. La qualité de chaque étude a été évaluée.

Trente-neuf articles intéressants sept pays ont été inclus dans la revue. Les études concernaient surtout les pharmaciens et les travailleurs en santé mentale. Les différents acteurs montraient un intérêt commun pour améliorer la qualité des soins aux patients et pour développer de nouveaux domaines professionnels. Les principaux obstacles communs étaient liés à l'absence de définition des rôles et des compétences, au manque de formations interprofessionnelles, et aux risques de rupture de confidentialité ou médico-légaux. Des représentations divergentes des soins ou des conflits d'intérêts étaient des problématiques spécifiques à certains acteurs. Cette revue a ainsi montré que des modèles conceptuels (ex : *Chronic Care Model*, matrices de maturité...) sont nécessaires pour développer l'esprit d'équipe et organiser le travail collaboratif avec l'ensemble des acteurs, y compris avec les patients. Des formations initiales et continues interprofessionnelles, adaptées aux rôles attendus des différents acteurs, peuvent contribuer à l'évolution des représentations professionnelles.

Nous avons conduit une étude nichée dans l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine GENérale). Celle-ci a consisté en une étude transversale nationale multicentrique, réalisée dans 128 cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage supervisé. Entre décembre 2011 et avril 2012, 54 internes ont recueilli l'ensemble des procédures de

soins associées aux résultats de consultations des patients qui consultaient leurs maîtres de stage, et ont évalué leur transférabilité éventuelle, en précisant les professionnels potentiellement concernés et les conditions éventuelles du transfert. Parmi 8754 procédures de soins réalisées ou programmées chez des patients diabétiques de type 2, 21,9% (IC95% : 21,1-22,8) ont été jugées transférables. Les procédures estimées les plus transférables étaient relatives à la prévention (y compris l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique), aux facteurs de risques cardio-vasculaires (diabète, hypertension et dyslipidémies) et à la dépression. Les principaux professionnels de santé concernés étaient les infirmiers (78,1% des procédures transférables) et les pharmaciens (36,7%). Dans 15,5% (IC95% : 15,0-16,0) des cas, les procédures semblaient transférables sous condition, en particulier l'existence d'un protocole prédéfini (44,0%) et/ou d'un dossier médical partagé (32,2%). Cette étude a montré qu'une part significative de l'activité des médecins généralistes liée aux consultations du patient diabétique pourrait être transférable à d'autres professionnels de santé, sous réserve notamment d'envisager la prévention du risque cardio-vasculaire dans sa globalité. L'intégration de psychologues dans les équipes de soins primaires est à encourager. Il convient de prendre en compte l'avis complémentaire de l'ensemble des professionnels de soins primaires et des patients, puis de mener des expérimentations basées sur ces résultats.

Ces deux études permettent de faire le lien entre d'une part les modalités organisationnelles et conceptuelles issues des représentations des professionnels et d'autre part les modalités pratiques de la coopération interprofessionnelle autour des maladies chroniques en soins primaires. Une meilleure organisation devrait être déployée à partir de la recherche, des formations et de la mise en pratique de protocoles, en tenant compte de l'ensemble des acteurs concernés et en premier lieu du patient. Nos analyses ont permis d'élaborer des propositions basées sur l'observation des pratiques des médecins généralistes, dans le sens d'une meilleure organisation des équipes de soins et des modalités de travail en commun.

Enfin, l'évaluation des projets nécessite d'être mise en œuvre. Tout d'abord, les interventions proposées doivent disposer d'un haut niveau de preuve médico-économique. Ensuite, les nouvelles modalités d'organisation collective autour de ces interventions doivent être évaluées sur des critères de jugement de morbidité, incluant les bénéfices et les risques, sur des critères économiques, sur des critères de jugement pertinents pour les patients et des critères d'organisation des soins. Les contextes particuliers de soins, telles que les zones déficitaires ou avec des populations en situation de précarité, doivent aussi être traitées.

Les représentations des patients et des différents professionnels devront être prises en compte avant d'étendre les expérimentations en cours. Enfin, à partir de ces données scientifiques, une concertation entre les décideurs et les différents acteurs peut être proposée, afin de choisir les coopérations à mettre en œuvre à large échelle, en tenant compte de la faisabilité, des risques, de l'efficacité et des coûts.

Production scientifique liée à la thèse

Publications relatives à la thèse

Supper J, Bourgueil Y, Ecochard R, Letrilliart L. Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7 (11). (IF 2017 2.37)

Supper J, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. 2015;37(4):716-727. (IF2015 2.296)

Hsiung L, Supper J, Guerin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Exercer* 2014;(114):162-9.

Pillot A, Supper J, Guerin M-H, Hsiung L, De Haas Pierre, Letrilliart L. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale nationale multicentrique. *Exercer* 2014;(114) :186-93.

Publications non relatives à la thèse

Supper J, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. *Fam Pract*. 2011;28(2):226-232. (IF 2011: 1.503, 5-year IF2017 2.131)

Boussageon R, Supper J, Bejan-Angoulvant T, Kellou N, Cucherat M, Boissel J-P, et al. Reappraisal of Metformin Efficacy in the Treatment of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS Med*. 2012;9(4): e1001204. (IF2012 15.253)

Vernus AL, Catala O, Supper J, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. *Ann Pharm Fr*. 2016 ; 74(6):463-472 (IF2016 0.418)

Moreau A., Supper J. Effet des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *Exercer* 2011 ; 99 :191-200. (Revue générale)

Supper J, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. Recherche en médecine générale : un tiers des généralistes prêts à participer. *Médecine* 2012 ; 8 :39-45. (Article original)

Moreau A, Supper J, Gueyffier F, Cornu C, Boussageon R. Que faire si la metformine n'est pas efficace pour soigner le diabète de type 2 ? *Exercer* 2012 ;103 :185-7

Moreau A, Kellou N, Supper J, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, Pigache C, Bousageon R. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. Exercer 2013 ; 110 :268-77.

Letrilliart L, Supper J, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer 2014;(114) :148-57. (Article original)

Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynié-François C, Supper J, Zerbib Y, Moreau A. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. Exercer 2016;(125) :132-7. (Article original)

Bousageon R, Huas C, Rat C, Pouchain D, Renard V, Supper J, Casanova L, Buffel du Vaure C, Vorilhon P, Vaillant Roussel H. Reconstruire l'Evidence Based pour une décision médicale partagée. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité des médicaments fondée sur une revue systématique des essais cliniques randomisés et des méta-analyses. Exercer 2017;(130) :90-4

Moreau A, Pigache C, Supper J, Lamort-Bouché M, Zorzi F, Farge T, Dupraz C, Danion PE, Perdrix C. Démarche éducative d'approche centrée sur le patient chez des diabétiques de type 2 : quel processus d'adaptation et de changement permet-elle ? Exercer 2017;(134):258-66. (Article original)

Supper J, Bourgueil Y, Ecochard R, Letrilliart L. Conséquences de la multimorbidité sur le potentiel de transférabilité des procédures de soins chez les patients diabétiques de type 2 en soins premiers. Exercer 2018;(143) :212-3. (Publication phare)

Communications orales relatives à la thèse

Coopération interprofessionnelle en soins primaires : une revue de la littérature qualitative. Supper J, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. CNGE. Lyon 2012

Transférabilité des procédures de soins. J. Supper, A. Pilot, L. Hsiung, MH. Guérin, R. Ecochard, M. Lustman, Y. Bourgueil, L. Letrilliart. ECOGEN CNGE Clermont-Ferrand 2013.

Communications orales non relatives à la thèse

Rebouillat A., Okecki S., Moreau A., Guevart S., Supper J. Les déterminants de rupture de parcours de soins des personnes diabétiques de type 2 en situation de précarité, de leur point de vue. CNGE Tours 2018

Communications affichées

Transférabilité des procédures de soins des patients diabétiques de type 2. Supper J, Ecochard R, Bourgueil Y, Letrilliart L. CNGE Grenoble 2016.

Communications affichées non relatives à la thèse

What processes of change are elaborated during an experiential educative counselling based on the patient-centred care model (PCC) with type 2 diabetes patients in general practice? Moreau A, Supper I, Zerbib Y, Lamort-Bouché M, Danion PE. Conference paper, European PC diabetes Europe Conference Barcelona, 2014.

Symbolic interactions between physicians and type 2 diabetes patients using an educational patient-centred approach (a qualitative study). Moreau A, Supper I, Lamort Bouché M, Kellou N, Zerbib Y, Perdrix C Conference paper: EGPRN Meeting Heraklion, October 2014.

Production pédagogique liée à la thèse

Thèses d'exercice

Hsiung L, Supper I, Guerin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. Exercer 2014;(114):162-9.

Pillot A, Supper I, Guerin M-H, Hsiung L, De Haas Pierre, Letrilliart L. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale nationale multicentrique. Exercer 2014;(114) :186-93.

Enseignement

La coopération interprofessionnelle en soins primaires – 1h30 – 20.09.2016 UE de Health Services Research niveau 1 (Master 2 santé – population, Lyon)

Enseignements interprofessionnels maïeutique - médecine générale (DES de médecine générale - 5e année de maïeutique : 2 ½ journées et optionnel de deuxième cycle une ½ journée depuis 2015)

Enseignements approche centrée patient (DES médecine générale, 2012-)

Enseignements transversaux de troisième cycle (début septembre 2017)

Table des matières

A l'origine : le croisement d'une expérience personnelle et d'un enjeu de santé publique... 20

1. La coopération inter-professionnelle dans le système de santé français: rationnel et évolutions en cours 21

1.1 Un contexte inédit en France caractérisé par une tension croissante entre réduction de l'offre et augmentation de la demande de soins..... 21

1.1.1 Précision du champ d'étude..... 21

1.1.2 Des besoins de santé qui augmentent et se modifient en France comme à l'échelon International 24

1.1.3 L'offre de soins primaires en France : un modèle professionnel peu structuré, avec une offre médicale qui se raréfie et se transforme..... 28

1.1.4 Un modèle d'exercice de la médecine générale désormais dominant : le travail en groupe 32

1.2 Une approche de la coopération interprofessionnelle par la littérature théorique et empirique..... 35

1.2.1 Les définitions théoriques de la coopération interprofessionnelle 35

1.2.1.1 Une définition professionnelle de la collaboration interprofessionnelle par le Forum européen des soins primaires..... 35

1.2.1.2 Une définition du partage de compétences par la recherche sur les services de santé 36

1.2.1.3 Une définition sociologique de la coopération 36

1.2.1.4 Une définition retenue en synthèse..... 38

1.2.2 La coopération au travers du *Chronic Care Model* et des outils de mesures 38

1.2.3 Faible littérature empirique évaluant la coopération en soins primaires 40

1.2.3.1 Expérimentations de coopération infirmières-médecins..... 40

1.2.3.2 Expérimentations de coopération pharmaciens-médecins 46

1.2.3.3 Expérimentations de coopération pluriprofessionnelles chez les patients diabétiques de type deux..... 47

1.3	Histoire et enjeux de la coopération interprofessionnelle en France : de l'émergence du transfert et de la délégation de tâches en 2003 à la coopération transversale entre professionnels en France	48
2.	Hypothèse et objectif de la thèse : étudier les représentations et la pratique en soins primaires.....	53
3.	Méthodes de la thèse.....	55
3.1	Une revue de la littérature qualitative	55
3.2	Une étude du potentiel de coopération nichée dans L'étude ECOGEN.....	56
3.2.1	ECOGEN : une étude nationale en médecine générale pour décrire les actes réalisés par les médecins généralistes	56
3.2.2	Méthode d'Ecogen et des analyses nécessaires pour la thèse.....	57
3.2.2.1	Collecte des données de l'étude ECOGEN.....	58
3.2.2.1.1	Critères d'inclusion.....	58
3.2.2.1.2	Formation des investigateurs.....	58
3.2.2.1.3	Recueil des données.....	59
3.2.2.1.4	Saisie des données	60
3.2.2.2	Analyses des données.....	60
3.2.2.2.1	Etude de la qualité des données.....	60
4.	Résultats.....	62
4.1	Les facteurs facilitants et les obstacles à la coopération interprofessionnelle en soins primaires : une revue de la littérature qualitative	62
4.2	Impact de la multimorbidité sur le potentiel de coopération entre professionnels de santé chez les patients atteints de diabète de type 2 en soins primaires : une étude française transversale.....	82
5.	Discussion.....	98
5.1	Principaux résultats : une organisation des soins évoluant d'une approche hiérarchique centrée sur la maladie et les professionnels vers une approche collaborative d'équipe incluant le patient partenaire	98
5.2	Forces et limites	100

5.2.1	Des données issues de la pratique courante en soins primaires	100
5.2.2	Une approche qui privilégie le point de vue des médecins, centrée sur les consultations de patients diabétiques	100
5.3	Vers le développement d'équipes pluri-professionnelles guidées par une approche centrée patient	103
5.3.1	Un enjeu identifié : évoluer d'une collaboration informelle vers une collaboration centrée sur les patients	103
5.3.2	Comment développer une approche davantage centrée sur le patient ?.....	106
5.4	Vers un cadre institutionnel favorable à l'exercice pluriprofessionnel : l'accord-cadre interprofessionnel et les expérimentations article 51.....	108
5.5	Enseignements pratiques pour le développement des coopérations interprofessionnelles	111
5.5.1	Tenir compte de la globalité des patients atteints de diabète en situation de multimorbidité pour l'organisation des soins, plus particulièrement de la coopération interprofessionnelle.	111
5.5.2	Un support à l'évaluation scientifique et une adaptation légale et économique, par une gouvernance régionale impliquée	114
6.	Conclusions et perspectives	119
7.	Références bibliographiques.....	121
8.	Annexes	129
8.1	Etude des éléments de consultation en médecine générale	129
8.2	Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude ECOGEN	141
8.3	Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale, nationale multicentrique.....	150
8.4	Classification internationale des soins primaires et questionnaire de l'étude ECOGEN	159
8.5	Transférabilité des procédures de soins des patients diabétiques de type 2 (Poster CNGE Grenoble)	167
8.6	Accord-cadre interprofessionnel (Journal Officiel de la République Française)	172

Initialement, c'est une expérience à Handicap international sur le projet épilepsie Rwanda qui a été à l'origine de ma réflexion sur l'organisation différente des rôles des soignants dans les différents pays. De 2007 à 2011, cette expérience professionnelle en tant que référente technique chargée de l'épilepsie à Handicap International, m'a conduite à m'interroger sur le rôle et la place des soignants afin d'optimiser l'accès aux soins. L'écart dans la prescription des médicaments antiépileptiques entre les infirmiers au Rwanda et les médecins français montre une différence d'attribution des rôles des soignants. Ces médicaments à marge thérapeutique étroite sont prescrits par des infirmiers au Rwanda, alors même qu'ils ne sont pas formés à l'examen clinique mais uniquement à appliquer des protocoles. En France, la prescription initiale est parfois réservée aux spécialistes, les médecins généralistes étant essentiellement en charge de l'observance et du suivi. Partant du constat que des modalités très différentes de répartition des rôles professionnels et des organisations de soins peuvent exister en fonction des contextes,[1] je me suis donc interrogée sur l'organisation des soins, la place et la légitimité de chaque soignant à exercer des compétences dans le parcours de soin des patients et les modalités possibles de leurs évolutions dans le contexte français. J'ai donc investi la recherche en soins primaires puis le projet de recherche ECOGEN comme moyens de mener de la recherche empirique et choisit de mener une thèse sur la réorganisation des modalités de travail en équipe interprofessionnelles de soins primaires.

Cette thèse survient dans le contexte de questionnement majeur des organisations de soins existantes et s'intègre dans le projet de recherche ECOGEN sur la pratique de la médecine générale.

Depuis son introduction dans l'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé territoires de 2009, la coopération interprofessionnelle est devenue un objet d'action pour les pouvoirs publics, les professionnels de soins primaires, les patients et aussi les chercheurs qui s'attachent à comprendre ses enjeux et ses limites et à évaluer ce (ces) dispositif(s). Mise en œuvre dans le cadre d'organisations hospitalières ou de nouvelles formes d'organisation des soins notamment dans le secteur ambulatoire, la coopération interprofessionnelle est présentée comme une solution aux défis portés aux services de santé que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre des maladies chroniques et le creusement des inégalités sociales de santé. Elle est aussi censée apporter des solutions à la raréfaction de l'offre en médecins et au développement de « déserts médicaux » dans un système de santé principalement construit sur un modèle curatif hospitalo-centré. Enfin, la coopération interprofessionnelle questionne l'exercice de la médecine de ville traditionnellement libéral, isolé et organisé pour la prise en charge des pathologies aiguës.

Le travail de cette thèse a consisté en deux études principales : une revue de la littérature qualitative et une étude quantitative à partir de l'étude ECOGEN.

1. LA COOPERATION INTER-PROFESSIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS: RATIONNEL ET EVOLUTIONS EN COURS

1.1 UN CONTEXTE INEDIT EN FRANCE CARACTERISE PAR UNE TENSION CROISSANTE ENTRE REDUCTION DE L'OFFRE ET AUGMENTATION DE LA DEMANDE DE SOINS

1.1.1 PRECISION DU CHAMP D'ETUDE

A l'échelle internationale, les soins primaires sont notamment définis comme la partie du système de soins en capacité de répondre à 90% de la demande de soins des populations[2], [3] et de permettre ainsi de garantir leur accès à tous grâce à un usage adapté des ressources limitées des systèmes de santé. Plusieurs travaux ont montré que des systèmes de soins primaires développés contribuent à améliorer l'état de santé des populations dans un cadre de dépenses collectives contraintes.[4], [5] Face aux défis du 21^e siècle, l'OMS continue à préconiser le renforcement des soins primaires et leurs fonctions d'accessibilité physique, matérielle, tout comme leurs potentiels préventifs.[6], [7], [8] Les soins primaires ont été reconnus comme le socle permettant la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle par les Etats-membres de l'OMS et de l'UNICEF : « Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Nous nous félicitons de l'organisation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations-Unies sur la couverture sanitaire universelle en 2019, à laquelle contribuera la présente Déclaration ».[8]

Eu égard aux évolutions épidémiologiques, sociales et démographiques, l'OMS souligne également qu'une réorganisation des soins primaires est nécessaire et recommande d'aller vers un exercice moins individualisé et plus collaboratif.[7], [8] Une plus grande intégration horizontale des acteurs de l'offre de soins primaires avec une approche centrée sur la personne est préconisée en relais et en complément de l'intégration verticale traditionnelle de l'offre de soins organisée autour de la pathologie.[7], [9] Selon l'OMS, les systèmes de santé doivent s'organiser pour répondre aux besoins de soins des patients et pour renforcer leur capacité participative.[7] Les représentants des Etats présents lors de cette assemblée de l'OMS préconisaient une intégration entre les soins primaires et la santé publique ainsi qu'entre les différents niveaux et contextes des soins de santé, et enfin entre les soins de santé et les services sociaux.

Le Collège National des Généralistes Enseignants pour sa part, dans son « Manifeste pour un système de santé organisé », propose la définition suivante des soins primaires dans un contexte de système de santé organisé.[10] « Pour atteindre une complémentarité efficace, il convient de définir les lignes de partage entre les rôles des professionnels. Leur répartition se situe entre soins médicaux de première ligne dans l'environnement du patient, soins

médicaux de deuxième ligne de recours et d'expertise, et soins médicaux de troisième ligne dans les établissements de santé. (...) La médecine de 1^{re} ligne, partie des soins de santé primaires, se définit comme une médecine de premier recours, premier contact médical du patient avec le système de santé, avec plateau technique léger. »

L'OMS a actualisé le message de la déclaration d'Alma Ata (1978) dans le cadre de la déclaration d'Astana en 2018 :

« Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé. »

La médecine générale est définie sur le plan européen (Wonca 2002 et 2011) comme la spécialité médicale des soins de santé primaires. Les compétences professionnelles des médecins généralistes ont été définies en France sous l'égide d'une « mission compétences » du Ministère de la santé : « Premier recours/urgences, approche globale/complexité, continuité/coordination/synthèse, éducation/prévention/dépistage, relation communication/approche centrée patient, professionnalisme. La médecine générale, médecine de soins primaires, gère les situations complexes et/ou incertaines, privilégie la clinique et ne recourt à la technique qu'en cas de nécessité ; sa finalité n'est pas d'aboutir impérativement à un diagnostic étiologique mais de déterminer un diagnostic global de situation déterminant les procédures les plus favorables au patient à tout moment et dans une perspective sur la durée. Son champ d'activité est essentiellement ambulatoire. Cette spécialité prend en charge l'ensemble des demandes de soins et en résout la grande majorité, à la différence d'une médecine de tri. Elle assure, de façon organisée ou opportuniste, le dépistage et la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Pour jouer ce rôle, elle doit s'appuyer sur des médecins compétents et bien formés, travaillant en pluriprofessionnalité avec les autres acteurs des soins primaires, et disposer du temps médical nécessaire, de la logistique et des financements permettant la réalisation de ces missions. Elle doit mailler le territoire et bénéficier d'une structuration dont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent aujourd'hui le niveau d'organisation jusque-là manquant. »

Historiquement, la définition des soins primaires a été centrée soit sur les acteurs, soit sur les fonctions assurées par ceux-ci, soit comme une orientation des systèmes de santé. Pour répondre aux exigences de qualité des soins, une intégration de ces trois niveaux (acteurs, fonctions, orientations des systèmes de santé) est nécessaire dans la définition même des soins primaires. Les initiatives visant à renforcer les soins primaires cherchent à accroître les capacités des acteurs pour assurer les fonctions des soins primaires. Il s'agit par exemple de réorienter les systèmes de santé en accroissant l'offre de soins primaires. En effet, les

meilleures preuves que le renforcement des soins primaires pourrait contribuer à améliorer la qualité, la morbi-mortalité et les coûts des soins sont issues d'études de soins primaires définis comme une orientation des systèmes de santé et une série de fonctions assurées par une source de soin habituelle (notion de continuité des soins, accessibilité, approche globale, coordination, facteur de qualité des soins).[4], [5] Les preuves de l'efficacité de la réorganisation des soins primaires sur la morbidité correspondent à des actions de support facilitant l'action des acteurs de soins primaires dans l'accomplissement de leurs fonctions (ex : le *Chronic Care Model*, CCM et son efficacité dans l'insuffisance cardiaque, le diabète, la dépression et l'asthme).[11], [12] Le *Chronic Care Model*, selon des projections, pourrait permettre une réduction du risque absolu d'évènement cardiovasculaire de 2.1% (IC 95% - 3,7% à -0,5%) à 10 ans.[13] Une autre approche de support aux soins primaires est d'orienter la politique en faveur de centres de santé, comme c'est le cas en Espagne.[14] Dans ce pays, les réformes ont introduit la notion d'aires basiques de santé délimitant une aire géo-démographique donnée et des équipes de soins primaires pluridisciplinaires prenant en charge la population couverte. La loi a fixé des ratios d'offres en soins primaires. Ces ratios correspondent au nombre de professionnels (médicaux et paramédicaux) par unité de population. A noter qu'en Espagne, les médecins généralistes n'ont pas le rôle de gate-keeper, mais bien une place centrale dans le système de santé.[14] En revanche, pour Friedberg et al., aucune source scientifique de leur revue de littérature n'a été en mesure d'appuyer l'idée de fournir des soins primaires pour une seule partie du corps ou une seule problématique de santé.[15] L'offre des soins primaires ne peut pas être décorrélée de la prise en charge globale et coordonnée.[15] La prise en charge globale biopsychosociale des soins primaires n'est pas compatible avec une approche strictement fondée sur une approche organique des patients.[15]

Au-delà du premier recours, de l'accessibilité de la permanence des soins ambulatoires de proximité, les actions de prévention, d'éducation à la santé, d'information, de conseil sont fréquemment incluses dans la notion de soins primaires. Certains pays ont cherché à intégrer les services sociaux. Pour certains, les soins à domicile aux personnes dépendantes fournis par des infirmières s'intègrent tout à fait à la définition des soins primaires englobant une diversité d'acteurs avec le médecin généraliste comme acteur essentiel.[16]

En synthèse, la définition des soins primaires que nous retiendrons pour ce travail est celle d'un ensemble de fonctions que sont l'accessibilité avec la fonction de premier recours, la coordination, l'approche globale et la continuité des soins. L'ensemble de ces fonctions sont assurées dans un système de santé par un ensemble de professionnels de santé (médecins et/ou non-médecins) dans un territoire donné au service d'une population.

1.1.2 DES BESOINS DE SANTE QUI AUGMENTENT ET SE MODIFIENT EN FRANCE COMME A L'ECHELON INTERNATIONAL

La population française et mondiale augmente régulièrement, principalement en raison d'une fécondité toujours dynamique et d'un allongement de l'espérance de vie qui se poursuit notamment pour les hommes. En effet, même si depuis plusieurs années le nombre de naissances diminue, la France est en Europe le pays qui a eu historiquement le taux de fécondité le plus élevé.[17] L'augmentation de l'espérance de vie, continue depuis les années 50, se poursuit à un rythme modéré, notamment pour les hommes (79,5 ans en 2017), alors qu'elle semble stagner pour les femmes (85,3 en 2017). L'augmentation des populations âgées, plus fréquemment atteintes de maladies, se traduit par une augmentation régulière du recours aux soins de ces populations. En France, plus de 2 millions de personnes sont affectées par un diabète de type deux avec une évolution de plus de 7% par an entre 2011 et 2012 et à 5% depuis 2012. (Figure 1)

Conjuguée à cette augmentation en volume, on constate également une évolution de la nature de la demande de soins avec une diminution des pathologies infectieuses et aiguës isolées et une augmentation des maladies chroniques, souvent atteints de plusieurs maladies simultanément. Ce phénomène est qualifié de transition épidémiologique.[6] Les pathologies chroniques sont des affections évolutives, nécessitant une prise en charge médicale dans le temps et ayant une répercussion sur la qualité de vie des patients. Ce phénomène se retrouve dans tous les pays développés ou même moins avancés. Ainsi Sur les 57 millions de décès qui se sont produits dans le monde en 2008, 36 millions, soit près des deux tiers, ont été dus aux maladies non transmissibles, principalement les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques.[18] Aux Etats-Unis, les personnes vivant avec des pathologies chroniques, 44% des Américains non institutionnalisés, c'est-à-dire non hospitalisés ou en maison de retraite, nécessitent des soins qui correspondent à 78% des dépenses de santé de ce pays.[19]

Figure 4

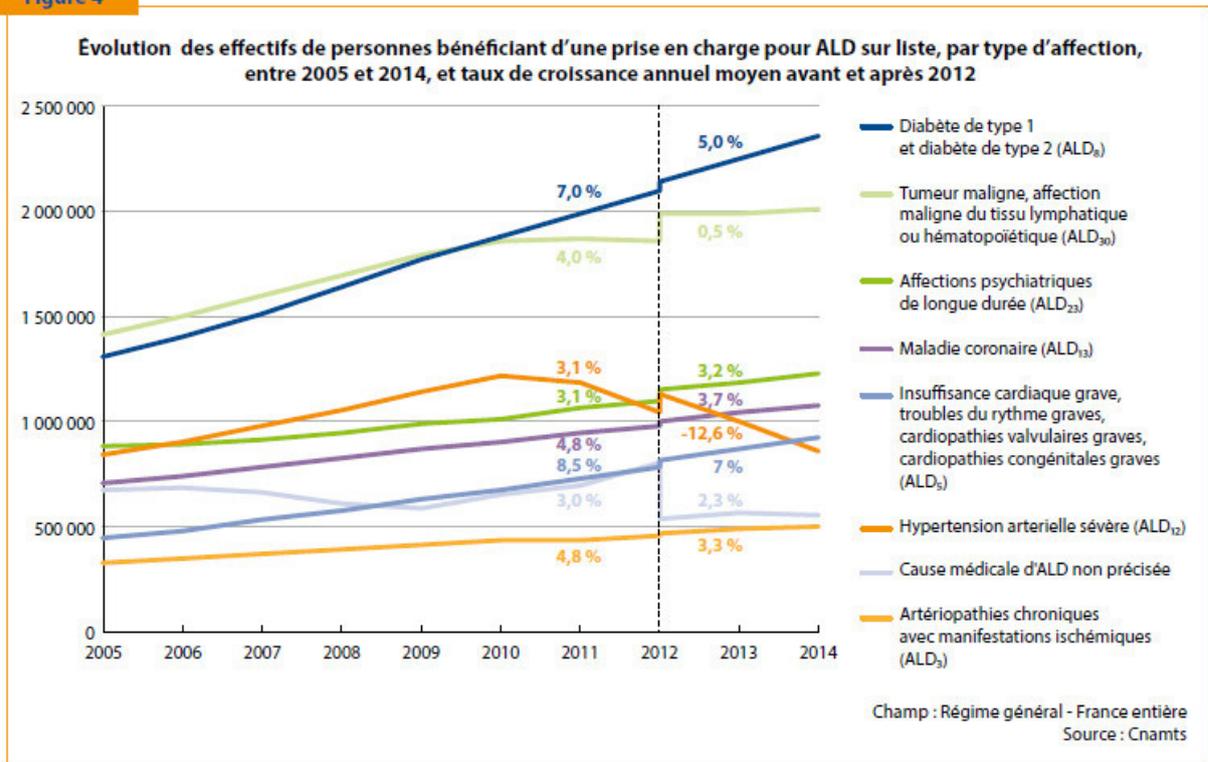
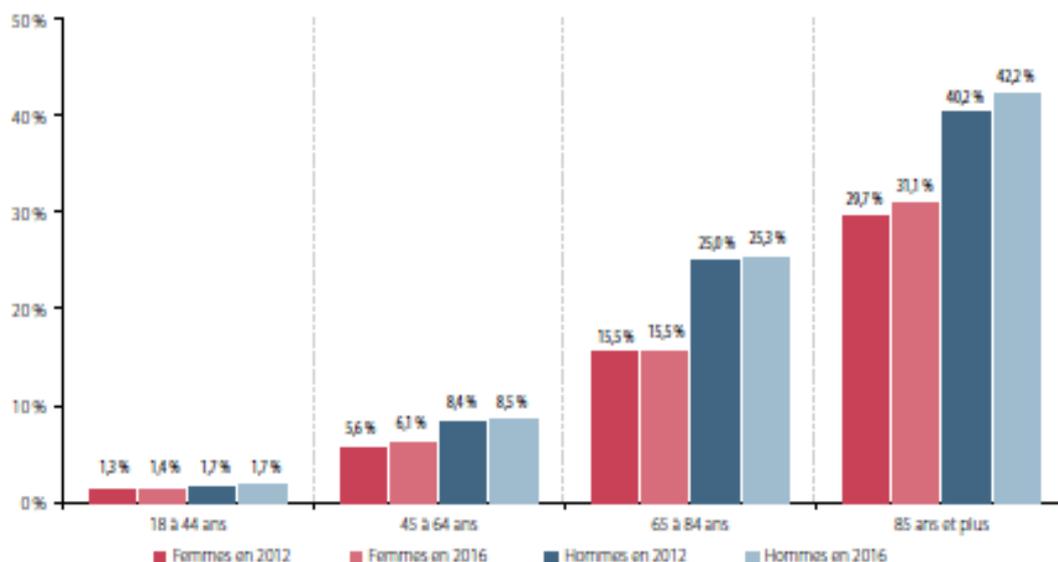


Figure 1 Evolution des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD sur liste, par type d'affection, entre 2005 et 2014, et taux de croissance annuel moyen avant et après 2012. Source CNAMTS 2015

Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe



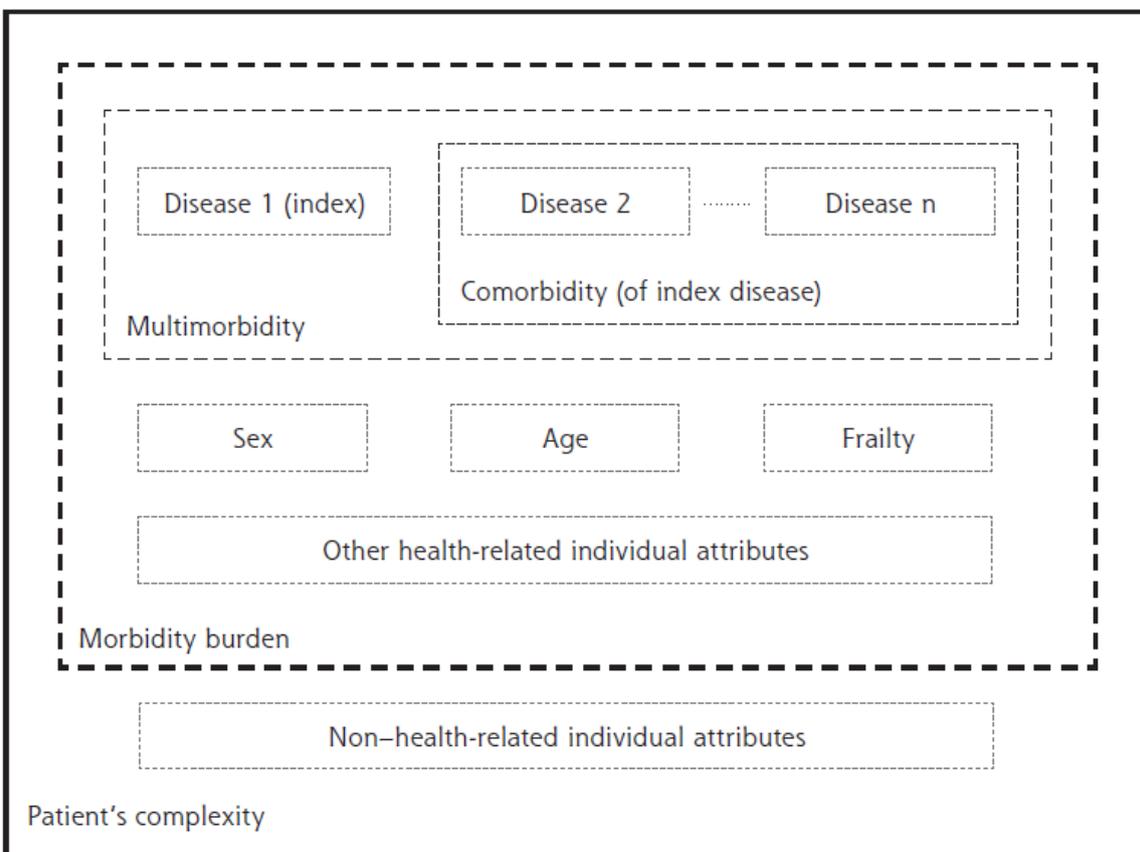
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (géographie – version de juillet 2018)

Figure 2 Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016 selon l'âge et le sexe. Source CNAM 2018

L'évolution des situations pathologiques caractérisées par la multimorbidité, la présence au long cours de pathologies avec lesquelles il faut apprendre à vivre, le poids croissant des facteurs comportementaux et de l'environnement remettent en cause les pratiques et les organisations traditionnelles dans le système de soins. En effet, les pathologies chroniques requièrent une prise en charge du patient dans la continuité et l'adaptation de son mode de vie : dans le comportement, l'alimentation ou le travail. Agir sur toutes ces dimensions nécessite de mobiliser de nombreuses compétences et justifie la coopération interprofessionnelle.[20] Par exemple, il a été montré qu'une prise en charge multidisciplinaire est efficace sur les critères de jugement intermédiaires cardio-métaboliques (HBA1c et LDL cholestérol).[20] La nature même de la relation avec le patient doit évoluer. Il s'agit de favoriser chez le patient et les professionnels une posture de patient partenaire dans une équipe complémentaire et synergique.

La multimorbidité ajoute un niveau de complexité à l'épidémie des maladies chroniques. Elle est définie comme la présence de multiples maladies et/ou facteurs de risques chez une même personne.(Figure 3) Contrairement à la comorbidité, elle ne fait pas référence à une pathologie index.[21] La prévalence de patients en situation de multimorbidité se situe entre 40 et 90% lors des consultations de soins primaires.[22], [23], [24] Par exemple, chez les patients diabétiques, la multimorbidité entraîne une augmentation du recours aux soins que les comorbidités soient ou non liées au diabète. [22]

Figure 2. Comorbidity constructs.



Comorbidity: presence of additional diseases in relation to an index disease in one individual.

Multimorbidity: presence of multiple diseases in one individual.

Morbidity burden: overall impact of the different diseases in an individual taking into account their severity.

Patient's complexity: overall impact of the different diseases in an individual taking into account their severity and other health-related attributes.

Figure 3 La multimorbidité : définitions [21]

Des recommandations spécifiques à la prise en charge des patients en situation de multimorbidité ont été élaborées. Elles recommandent une approche globale centrée sur le patient tenant compte de ses préférences, de ses priorités et de ses objectifs, afin de développer une prise en charge et un suivi individualisés.[25] L'évaluation de la qualité des soins aux patients montre parfois une discordance entre les objectifs des soignants sur des critères de jugement intermédiaires spécifiques d'une condition (pathologie) et ceux des patients dans leur expérience vécue. Les objectifs des patients doivent donc être évalués pour que les systèmes de santé performants répondent aux besoins des patients atteints de multimorbidité.[26], [27]

1.1.3 L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN FRANCE : UN MODELE PROFESSIONNEL PEU STRUCTURE, AVEC UNE OFFRE MEDICALE QUI SE RAREFIE ET SE TRANSFORME

En France, le contexte des soins primaires est caractérisé dans son organisation par un financement public non étatique et les principes de l'exercice libéral sont caractérisés par une pratique indépendante de la plupart des professionnels (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, kinés, sages-femmes...), rémunérés principalement à l'acte et exerçant en cabinets privés. Initialement, le modèle français d'organisation des soins primaires a donc été laissé à l'initiative des acteurs, comme en Allemagne ou au Canada, sans définir de rôles spécifiques aux médecins généralistes.

A l'inverse, dans les systèmes hiérarchisés normatifs, où l'Etat joue un rôle important en raison du financement par l'impôt et non par les cotisations sociales, l'organisation des soins primaires est déterminée par des lois qui fixent par exemple des quotas. Ainsi, en Catalogne, la loi impose qu'il doit y avoir au moins un médecin généraliste et une infirmière pour 1750 à 25000 habitants de plus de 14 ans et un pédiatre pour 1250 à 1500 habitants. En Finlande, c'est entre 1500 et 2000 patients par liste et donc par médecin dans les centres de santé.

Depuis les années 1990, les réformes en France tendent à une organisation plus hiérarchisée de l'organisation des soins, avec l'introduction du médecin généraliste comme pivot du système (*gate-keeper*) par la réforme du médecin traitant introduite en 2004, renforcée par la définition des soins de premiers recours par la loi HPST de 2009. Les lois successives de modernisation du système de santé et les différentes lois de financement de la sécurité sociale ont introduit les maisons de santé, les nouveaux modes de rémunération (rémunération à la performance et forfaits), les Communautés professionnelles de santé qui ont été reprises comme un axe principal du projet « ma santé 2022 ».[23] Ces réformes visent à renforcer la responsabilité économique et populationnelle des acteurs de soins primaires, en leur confiant des fonctions de gestion des ressources sur l'exemple du Royaume-Unis (*Primary Care Trust*) ou de la Nouvelle-Zélande (*Independant Practice Associations*) ou aux Pays-Bas et en Australie (*Divisions of General Practice*). Ces échelons d'organisation territoriale visent principalement à mutualiser des ressources pour des activités complémentaires à la pratique courante (formation continue, programmes de promotion de la santé, éducation thérapeutique et systèmes d'information) et à répondre à des enjeux d'accès aux soins pour tous (avoir un médecin traitant et obtenir des soins non programmés). L'exercice des médecins généralistes est alors caractérisé par une mixité des modes de rémunération et de contractualisation, permise notamment par l'enregistrement de la population auprès d'eux. Cette rémunération mixte intègre aussi une rémunération à la performance et le soutien financier au développement de la pratique en équipes, associé à l'émergence de nouveaux rôles infirmiers.[14]

Le médecin traitant qui s'avère être dans la majorité des cas un médecin généraliste (les patients peuvent choisir un médecin spécialiste comme médecin traitant) introduit une forme

de hiérarchisation non coercitive dans le système de santé français (un patient est mieux remboursé s'il consulte un médecin spécialiste en étant adressé par son médecin traitant). Le médecin traitant a pour mission de coordonner les soins pour les patients qui se sont inscrits auprès de lui.[28] L'avance des frais de soins aux professionnels de santé par les usagers du système de santé était la règle, avec un remboursement par les assurances obligatoires et complémentaires dans un deuxième temps. En 2019, des possibilités de tiers-payant intégral sans avance de frais ont été introduites pour certain assurés sociaux.

L'évolution de l'offre de soins de premiers recours est finalement caractérisée par des tendances complémentaires : une diminution des effectifs médecins généralistes, une augmentation de ceux des infirmières, des kinésithérapeutes et des sages-femmes, et une répartition inégale de l'offre de soins qui peut conduire à des zones très déficitaires en offre de soins. En effet, si le nombre global de médecins (toutes spécialités confondues) augmente en France, leur bonne répartition sur l'ensemble du territoire Français est très inégale, surtout pour les spécialités autres que la médecine générale. Par ailleurs, la situation de la médecine générale est caractérisée par une stagnation jusqu'en 2018 puis une diminution globale, alors que le nombre de médecins spécialistes augmente. (Figure 4)

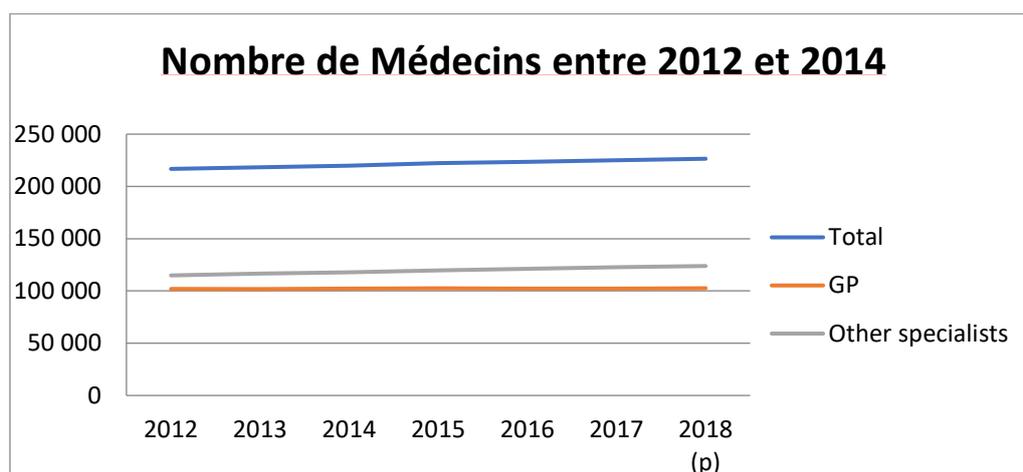


Figure 4 Nombre de médecins (Source : Y. Bourgueil, IRDES)

Les médecins généralistes sont irrégulièrement répartis sur le territoire, avec un gradient nord-sud et un déficit dans les zones rurales ou les banlieues défavorisées.[29] L'augmentation des autres professions de soins primaires, notamment des infirmières, des kinésithérapeutes et des sages-femmes, a conduit à introduire des régulations au conventionnement pour ces trois professions.

L'offre se transforme également en termes qualitatifs, avec une évolution des attentes au regard de l'équilibre travail/loisirs et une appétence des professionnels de santé jeunes

installés pour une maîtrise de leur temps de travail. La féminisation de la profession médicale a introduit le recours plus fréquent à des durées de travail à temps partiel.[30] Cette évolution a également des répercussions en termes de management, les nouvelles générations étant attirées par une approche plus participative et moins hiérarchique. Ces raisons expliquent en partie pourquoi les jeunes professionnels s'installent de plus en plus en cabinet de groupe ou en maison de santé. Ce phénomène se retrouve à l'étranger.

En Europe, l'offre de soins fait face aux mêmes défis de la transition épidémiologique.

Le rapport de l'ONDPS[31] sur les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans 5 pays européens a montré que partout en Europe, les zones rurales n'attirent pas les médecins généralistes, comme d'ailleurs des professions de niveau de qualification équivalente. L'adéquation entre offre et demande serait correcte en Espagne et aux Pays-Bas et déficitaire en Allemagne, en Belgique et au Royaume-Uni. [31] Dans plusieurs pays comparables à la France, il existe une tendance au regroupement des médecins pour faire face à la diminution locale du nombre de médecins dans des zones apparaissant en tension. [16] En Allemagne, l'inadéquation entre l'offre et la demande tendrait vers une réduction des inégalités ville-campagne en termes de densité médicale.[31] En 2013, 11,5% des médecins de ville exerçaient dans des villes de moins de 5000 habitants versus 5,9% en 2011, alors qu'en 2013, les zones rurales comptaient 7,3% de la population allemande.[31] En Belgique, en dépit d'un excédent de formation de médecins, une pénurie de médecins généralistes est projetée à court terme. Premièrement, le nombre de médecins baissera avec les départs en retraite de 34% des médecins généralistes de 54 à 64 ans. Deuxièmement, le nombre de candidats aux études de médecine générale a diminué de 38 à 30% entre 1998 et 2008. Troisièmement, la féminisation de la profession nécessite plus de postes.[31] En Espagne, les projections pour la médecine générale sont un équilibre en 2020 et un léger déficit en 2025. L'étude préconise d'améliorer le prestige et les conditions d'exercice (salaire, recherche et développement, formation continue, gestion clinique...) pour limiter le départ en milieu hospitalier des médecins généralistes. Les zones rurales restent sous-dotées.[31] Aux Pays-Bas, la densité médicale est considérée comme relativement homogène et non problématique.[31] Au Royaume-Uni, une pénurie de médecins généralistes¹ est à mettre en regard du choix des

¹ Le modèle du *Centre for Workforce Intelligence* prévoit une pénurie de généralistes s'amplifiant dans le temps, même en tenant compte des médecins étrangers. Ainsi, le nombre de médecins généralistes par habitant diminue régulièrement (de 62 pour 10 000 en 2009, à 59,5 pour 100 000 en 2012). Le déficit de médecins généralistes au niveau national vient remettre en question la régulation de la répartition géographique des médecins en ville en Angleterre. Le dispositif de contractualisation permet d'ouvrir et de fermer des cabinets, mais il ne permet pas de forcer l'installation dans une région donnée. Dès lors que le nombre de places en cabinets est supérieur au nombre de médecins, alors les postes dans les régions les moins attractives ne sont pas pourvus.

étudiants pour d'autres spécialités considérées comme plus attractives. Les mesures correctives proposées consistent en un meilleur équilibre vie privée/professionnelle et une augmentation du prestige professionnel.[31]

En résumé, en Europe, l'Espagne et les Pays-Bas sont les pays les moins confrontés à des difficultés d'inadéquation de l'offre malgré une demande croissante. Ces deux pays sont caractérisés par une planification de l'organisation des soins. En Espagne, le système de santé est soumis à une forte planification de la part des régions autonomes (avec des médecins salariés des régions). Les régions agissent à deux niveaux : tout d'abord en formulant des besoins en termes d'effectifs à former par spécialités ; ensuite, en décidant de l'implantation des centres de soins où exercent spécialistes et généralistes en ville. Par ailleurs, certaines facilités financières existent afin d'inciter les médecins à exercer dans les zones en déficit. Au Pays-Bas, la formation des médecins est planifiée au niveau central grâce à une évaluation des besoins futurs. La taille modeste du système universitaire facilite ce processus (12 universités et 3000 étudiants environ). Par ailleurs, la densité de la population est telle qu'il n'existe pas ou très peu de zones sous-denses. Parmi les réponses apportées à la réorganisation des soins nécessaire face à cette tension entre une demande croissante et des ressources limitées dans le contexte Français, la coopération interprofessionnelle en soins primaires apparaît comme une piste d'action pour renforcer la capacité des soins primaires à répondre à la demande de soins et aux besoins de santé.

1.1.4 UN MODELE D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE DESORMAIS DOMINANT : LE TRAVAIL EN GROUPE

D'un exercice majoritairement isolé, la pratique des médecins généralistes évolue vers un exercice en groupe, voire même un exercice en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ou en pôles de santé.[32] Seuls 49% des médecins de moins de 40 ans exerçaient en groupe en 1998 alors qu'ils étaient 77% en 2009. (Figure 5)

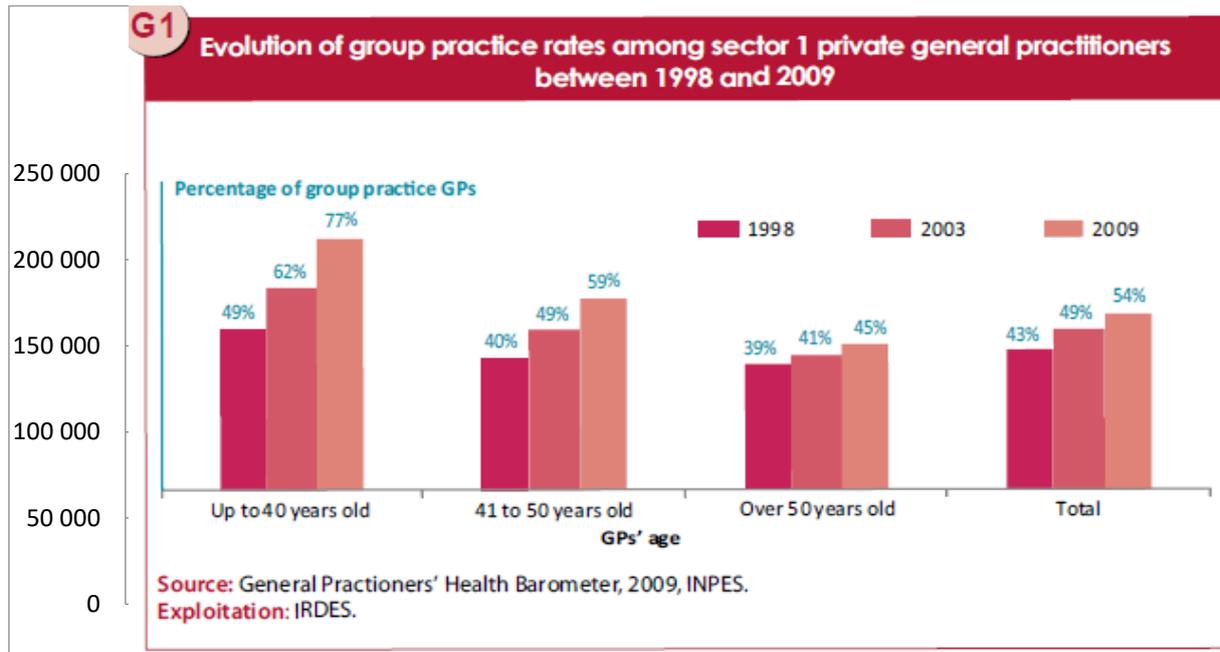


Figure 5 Evolution des taux de cabinets de groupes parmi les médecins généralistes conventionnés en secteur 1 entre 1998 et 2009

En 2019, 61% des médecins exercent en groupe, 27% avec au moins un professionnel paramédical, 21% avec des infirmiers, 12% avec des kinésithérapeutes, 8% avec des pédicures-podologues, 7% avec un orthophoniste et 6% avec un diététicien et 39% seuls.[33] L'exercice en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) représente 10% des cabinets en 2019. Les centres de santé, forme traditionnelle d'exercice en équipe, représentent une très faible proportion de l'activité de soins primaires, mais suscitent néanmoins un regain d'intérêt. En 2014, 127 centres de santé médicaux et 483 centres polyvalents étaient répartis très inégalement sur le territoire. 643 CDS dentaires et 589 CDS infirmiers étaient dénombrés.[34] Plus de deux tiers des médecins de 30-35 ans s'installent en cabinet de groupe alors que les futurs retraités travaillaient isolés dans 65% des cas.[35] Les raisons de ce regroupement sont liées aux possibilités offertes par cette forme d'exercice de partager la demande de soins et les frais d'activité et ainsi de permettre aux professionnels de mieux articuler vie

professionnelle et vie personnelle.[36] Les modes d'exercice regroupé pluriprofessionnels en maisons, pôles et centres de santé génèrent des gains en matière de productivité et de dépenses pour l'Assurance maladie.[37] La loi dite de « modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 (articles 64 et 65) a reconnu l'exercice coordonné ou en équipe comme déterminant, avec la création des équipes de soins primaires (ESP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les plateformes territoriales d'appui (PTA). L'instruction de la DGOS du 2 décembre 2016 en a précisé les contours.

L'équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours. Par la coordination qu'elle permet, l'équipe de soins primaires doit élaborer un projet de santé qui a pour objet la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La généralisation des nouveaux modes de rémunération a été étendue à toutes les équipes de soins primaires (même de petite taille ou hors-les murs). Ces équipes sont constituées de professionnels de santé de soins primaires, dont au moins un médecin généraliste et un autre professionnel de santé de premier recours. Elles doivent être capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.[38] Le recensement de ces équipes est complexe du fait du caractère très évolutif.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) représentent 200 projets en 2018. La réforme « ma santé 2022 » prévoit la création de 1000 CPTS en 2022.[39] Leur création émane des professionnels de santé, en particulier des professionnels de santé de ville souhaitant porter des projets pour améliorer l'offre de soin d'une population à l'échelle d'un territoire donné. A la différence des équipes de soins primaires, il s'agit d'une approche populationnelle, c'est-à-dire que la réponse apportée s'inscrit dans une dimension qui peut amener les professionnels à sortir du cadre de leur exercice et de leur patientèle habituelle. Bien que portée par les professionnels de santé de ville (de premier et de second recours, au service d'une population sur un territoire pour un projet de communauté), les CPTS ont vocation à associer les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social désireux de s'organiser pour travailler ensemble au sein d'un territoire donné. Le projet de CPTS donne lieu à la formalisation d'un projet de santé élaboré par les acteurs. Celui-ci est transmis à l'ARS dans le but d'une contractualisation (contrat territorial de santé). Le projet de santé doit définir différents points :

- Les besoins identifiés
- Les actions proposées pour y répondre
- Le territoire d'action
- Les engagements des professionnels
- Les modalités du travail pluriprofessionnel
- L'organisation des concertations
- Le(s) protocole(s) pluriprofessionnel(s)
- Le dispositif d'information sécurisé permettant le partage de données
- La traduction du projet de santé dans l'activité quotidienne des structures de soins
- Les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS

Les pôles de santé reconnus dans le code de la santé publique deviennent automatiquement des CPTS, sauf s'ils en expriment le refus.

En cas de besoins identifiés par l'ARS, celle-ci peut initier la création d'une CPTS. Un accord conventionnel signé le 20 juin 2019 [38] entre les syndicats professionnels et l'assurance maladie définit les engagements des professionnels de santé, les montants alloués et les conditions de leur allocation. Un soutien financier peut être apporté via les crédits du fond Fonds d'Intervention Régional (FIR) (aide ponctuelle pour la formalisation du projet ou aide dédiée à une thématique particulière) ou par les collectivités territoriales. [39]

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)[40] (décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, la version en vigueur au 24 juillet 2019 inclus un chapitre 7 prévoyant la fusion des différents dispositifs : PTA/ MAIA dans un seul dispositif d'appuis) ont pour objectif d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologies, à travers trois types de services :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes (coordination médico-sociale pour l'organisation des admissions-sorties d'établissements).
- Le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

1.2 UNE APPROCHE DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE PAR LA LITTERATURE THEORIQUE ET EMPIRIQUE

Les concepts de coopération et de collaboration sont des concepts très fréquemment utilisés, avec cependant des significations différentes selon les points de vue concernés, ici dans un contexte d'organisation des soins primaires. Nous avons donc cherché à synthétiser les approches (modalités) systémiques/légales, sociologiques et professionnelles pour expliciter la définition la plus appropriée de cette coopération interprofessionnelle en soins primaires pour notre travail et pour une réorganisation effective de l'offre de soins.

1.2.1 LES DEFINITIONS THEORIQUES DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE

Selon la définition littéraire du TLFi (Dictionnaire « Trésor de la Langue Française informatisé »), la coopération est l'action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou une action commune. Coopérer, c'est « agir, travailler conjointement avec quelqu'un en vue de quelque chose, participer, concourir à une œuvre ou à une action commune ». La coopération n'est pas la compétition ni la concurrence. Un synonyme moins fréquemment usité est la collaboration, qui signifie « participation à l'élaboration d'une œuvre commune ». Pendant l'occupation allemande en France, ce terme avait pris le sens de coopérer avec l'ennemi (TILF). Cette connotation explique le recours fréquent en français au terme coopération.

1.2.1.1 UNE DEFINITION PROFESSIONNELLE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE PAR LE FORUM EUROPEEN DES SOINS PRIMAIRES

Actuellement, la coopération interprofessionnelle (« interprofessional collaboration ») en soins primaires a été définie par les professionnels du Forum Européen des Soins Primaires (<http://www.euprimarycare.org/>). Elle est conçue comme une coopération intégrée de différents professionnels de santé, alliant des habiletés et des compétences complémentaires, au bénéfice du patient, rendant possible une utilisation optimale des ressources dans un contexte de soins primaires.[41] Elle concerne les ressources en professionnels et l'organisation des équipes. Elle est en quelque sorte interne aux professions et spécifique à leurs champs d'exercice. Cette définition a le mérite de refléter les dynamiques professionnelles qui ne sont pas imposées par des organismes extérieurs. Elle se distingue du concept de soins intégrés (« integrated care »), qui correspond à l'organisation des soins par les responsables de l'organisation des soins, et du concept de coordination qui réfère aux processus et aux parcours de soins des patients.[41]

Une autre définition professionnelle proposée par D'Amour et al. définit la coopération/collaboration interprofessionnelle comme une approche réunissant différents groupes professionnels qui souhaitent structurer une action collective autour d'un but commun. Elle est médiée par des comportements de partenariat, de partage et

d'interdépendance, dans un cadre dynamique et évolutif.[42] Une définition du partage de compétences par la recherche sur les services de santé

Initialement, le concept de coopération interprofessionnelle a été étudié dans une perspective de recherche sur l'organisation des systèmes de santé. Bonnie Sibbald a décrit quatre différentes formes de « partage de compétences » (« skill-mix ») : [43]

- Renforcement (« *Enhancement* ») : Extension des rôles ou des compétences des professionnels en place. Il s'agit par exemple des consultations d'éducation thérapeutique réalisées par des infirmières formées dans le cadre d'une structure de soins primaires (cabinet, maison de santé, centre de santé), comme elle est déployée dans le cadre de l'association ASALEE.

- Innovation : Création d'une nouvelle offre de soins en introduisant de nouvelles professions. Par exemple, les assistants médicaux tels qu'envisagés dans le plan ma santé 2022 sur le modèle des « *Arzt Helferin* », dans les cabinets de médecine générale en Allemagne.

- Transfert (« *Substitution* ») : C'est l'action de déplacer l'acte de soin d'un groupe professionnel à un autre, en particulier en travaillant au-delà des limites professionnelles habituelles ou en échangeant un professionnel par un autre, incluant la notion de transfert de responsabilité. Un même acte peut être réalisé par différents professionnels formés pour cela. Il s'agit par exemple du frottis cervico vaginal qui peut être aujourd'hui réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme, un biologiste et... la femme elle-même.

- Délégation : C'est l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche, avec une responsabilité partagée entre les acteurs. Le déléguant reste responsable. C'est ainsi que fonctionne aujourd'hui le décret d'actes infirmiers. Il existe aussi une définition MESH ("*Delegation, professional*") : procédure d'assignation de tâches à des subordonnés moins qualifiés.

1.2.1.2 UNE DEFINITION SOCIOLOGIQUE DE LA COOPERATION

La perspective sociologique a d'abord étudié les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels.[44] La collaboration dans les réseaux de soins informels est caractérisée par des règles de (1) disponibilité (à l'égard des patients ou entre professionnels), de l'obligation d'échanges d'informations sur le patient, du retour du patient, de l'obligation de communiquer ; (2) des contraintes plurielles de territoires et de concurrence professionnelle ; (3) et des besoins réciproques de décharge (sur le plan émotionnel, des décisions, des responsabilités, des actes et des clientèles).[44] Aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels et des difficultés rencontrées (charge de travail en particulier).[44]

A partir des études de Sarradon-Eck et al., quatre modes relationnels des professionnels impliqués ont été différenciés en fonction du degré d'investissement humain : la collaboration, la coopération, l'instrumentalisation et l'absence de relation.[45]

Selon Sarradon-Eck et al., la collaboration[45], [46] serait donc un lien fort caractérisé par l'importance des relations interpersonnelles, avec élection du partenaire par affinité, où comptent, outre les qualités professionnelles, les qualités humaines. Elle se distinguerait par une forte implication de l'humain, la confiance, des relations répétées et bidirectionnelles. Elle implique des valeurs de partage, de réciprocité, de don, de synergie, de cohésion (et non de la juxtaposition), de la confiance, de savoirs intégrés les uns aux autres, de zones d'interventions partagées.[42] Ces relations privilégiées correspondraient aux liens forts décrits par Granovetter (1973)[47] intégrant quatre dimensions déterminantes :

- La durée de la relation (ancienneté et temps passé ensemble)
- Une intensité émotionnelle importante
- L'intimité (avec des confidences mutuelles)
- Un échange de services réciproques

La multiplicité de la relation ne serait pas fondée sur un seul type d'échanges, mais sur une pluralité d'échanges dans des domaines différents.

La coopération [46] serait un lien sociologique faible, caractérisé par une relation unique, sans investissement humain particulier, à type de négociation, et avec une certaine confiance limitée aux compétences professionnelles, ne s'étendant pas à la confiance dans les qualités humaines du partenaire (même si ces dernières peuvent être importantes à l'égard du patient, elles restent secondaires dans la relation entre professionnels). Les personnes « coopèrent ». Dans cette perspective la coopération serait donc plutôt de faible intensité relationnelle et avec peu d'engagement de la part des acteurs qui coopèrent.

L'instrumentalisation de la relation serait « utiliser à son profit » l'autre. Elle se caractérise par une visée utilitaire pour le professionnel. Le contact est indirect, typiquement via une ordonnance. Cette troisième manière de travailler ensemble reflète un lien dans lequel l'autre est nié en tant que personne. Chacun des partenaires professionnels se sert de l'autre en l'objectivant et en lui déniait le caractère de sujet. L'autre n'est identifié qu'à son rôle professionnel, il est là uniquement pour rendre un service, souvent un geste technique (« une radiographie », « une fibroscopie », « un pansement », « une rééducation »). Alors que les « collaborateurs » sont souvent nommés (aussi bien par leur nom que par leur prénom), les professionnels « instrumentalisés » sont dépersonnalisés et désignés par leur spécialité (« le cardiologue », « l'ophtalmo ») voire leur lieu d'exercice (« la pharmacie », « le labo »). Dans ce type d'échanges, le support de la communication est précis, unique et dépersonnalisé, et l'outil utilisé est l'ordonnance. La négociation est réduite à néant, il s'agit bien d'exécuter un « ordre ».

Le quatrième mode est l'absence de coopération définie par la négation de l'autre. Ce mode reflète l'absence de relation.[46] C'est la modalité négative de la collaboration, lorsqu'elle est

inexistante. L'autre n'est pas reconnu en tant que tel. Il n'y a pas de lien : aucun contact, aucune intensité émotionnelle, aucune intimité, aucun échange de service, aucun type de relation. Ce serait une logique d'exclusion, active ou passive. L'autre professionnel ne serait l'objet d'aucune reconnaissance parce que trop proche (ex : pédiatre-généraliste) ou trop loin (ex : orthophoniste-généraliste).

1.2.1.3 UNE DEFINITION RETENUE EN SYNTHESE

Si la coopération peut prendre des modalités variables selon qu'elle est idéale, ordinaire/instrumentale, ponctuelle ou absente, plusieurs travaux de recherche qualitative ont montré que les équipes nécessitent du temps et de l'expérience pour passer de la coopération ponctuelle ou ordinaire, qui serait un travail collectif mono-professionnel peu chronophage mais également sans connaissances réciproques, à un idéal de collaboration caractéristique d'un véritable travail pluriprofessionnel. Cette coopération idéale (=collaboration, selon Sarradon-Eck et al.) correspondrait à un partage de valeurs permettant de travailler ensemble.[45], [46] La proximité entre professionnels est un ingrédient prépondérant pour que se développe cette forme de coopération, que cette proximité soit cognitive, physique, professionnelle, organisationnelle ou culturelle. En termes cognitifs, il s'agit d'une bonne connaissance réciproque entre différents types de professionnels concernant leurs compétences, expertise, savoir-faire et pratiques respectives. Cette proximité permet l'établissement de relations de confiance entre professionnels et la diminution de la hiérarchie symbolique entre professions médicales et non médicales. L'élaboration du projet de santé serait un outil complémentaire favorisant la proximité cognitive mais aussi organisationnelle et physique. [32]

La définition sociologique de la coopération professionnelle[46] s'attache à décrire et à analyser l'intensité des liens relationnels entre acteurs à partir d'entretiens qualitatifs.[45] La confiance qui s'installe au sein des équipes où la coopération est idéale (=collaboration au sens de Sarradon et al.) dépasse la confiance professionnelle pour s'élargir à la confiance en des valeurs humaines et à des liens bien plus approfondis. C'est aller bien au-delà du concept de coopération décrit par l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, avec un simple partage de tâches et de compétences. De par notre expérience, cette définition sociologique paraît la plus ancrée dans la réalité des pratiques pluriprofessionnelles de terrain. C'est ce qui déterminera notre choix de continuer à privilégier dans notre travail le terme coopération, au sens de « coopération répétée », plus que de celui de collaboration idéale selon Lustman et Véga. La coopération semble plus cohérente avec l'état actuel des relations de la plupart des équipes, même si la collaboration serait un objectif vers lequel tendre.

1.2.2 LA COOPERATION AU TRAVERS DU *CHRONIC CARE MODEL* ET DES OUTILS DE MESURES

La coopération interprofessionnelle est nécessaire pour faire face aux pathologies chroniques. Pour pouvoir mettre en place la coopération interprofessionnelle et une réponse adaptée à cette demande de soins, une organisation des soins adaptée est à développer à travers de nouveaux modèles d'organisation. L'un d'entre eux est le *Chronic Care Model* qui sera développé ci-après.

Un modèle de coopération interprofessionnelle en soins primaires a été développé par Bodenheimer. Le *Chronic Care Model* propose une nouvelle organisation des soins primaires dans le cadre des pathologies chroniques. Il identifie six composantes sources d'amélioration : une aide à l'autonomie du patient (self-management support), des systèmes d'informations partagés (*clinical information systems*), une réorganisation de l'offre de soins (*delivery system redesign*), une aide médicale à la décision, ex : protocoles (*decision support*), l'organisation des soins de santé (*health care organization*) et des ressources communautaires (*and community resources*).[48]

Ce modèle a montré une efficacité dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive, asthmatiques ou diabétiques.[12] Les patients insuffisants cardiaques avaient une meilleure connaissance de leur pathologie, utilisaient les statines et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion plus souvent, avaient moins recours aux services d'urgences et séjournaient 35% de jours en moins à l'hôpital .[11] Pour les enfants asthmatiques, les patients pouvaient se référer à un plan d'action individualisé écrit en cas de crise (41% vs 22% ; $p=0,001$), tout en bénéficiant d'une qualité de vie améliorée, mesurée par des échelles génériques de santé globale (score 80 vs 77 ; $p=0,05$) ou spécifiques aux patients asthmatiques (score 89 vs 85 ; $p<0,05$).[49] A noter que la variation de score ayant un impact cliniquement pertinent n'est pas définie dans l'étude. Pour les patients diabétiques, le risque d'évènements cardio-vasculaires (score de risque modifié d'après la *United Kingdom Prospective Diabetes Study*) était diminué de 2,1% (IC95% -3,7% à -0,5%) avec un risque de base d'évènement cardio-vasculaire à 10 ans de 31%. En effet, pour 48 patients pris en charge dans un cabinet appliquant le CCM, il y aurait un évènement cardio-vasculaire évité.[13]

La mise en œuvre du *Chronic Care Model* en soins primaires nécessite impérativement l'évaluation préalable des capacités organisationnelles (typologie et nombre de professionnels disponibles) et les caractéristiques individuelles des professionnels de santé, telles que la capacité à travailler ensemble.[50] Ainsi, l'évolution des rôles professionnels ne peut pas être envisagée sans la finalité, à savoir mieux répondre à l'évolution de la demande de soins. Cette évolution des rôles nécessite une réflexion et une action plus large sur l'organisation des soins, ce qui met en jeu la redéfinition des fonctions supports : aux processus de soins (qui fait quoi/protocole de soins/*delivery system design*), à l'aide à la décision (*decision support*), aux systèmes d'informations cliniques et pour la participation de la communauté et des patients.

Ce CCM théorique sert de guide actuellement à de multiples programmes des différents Etats des USA. Des adaptations de ce modèle ont été entreprises par le *National Health Service* en Grande-Bretagne, l'Organisation Mondiale de la Santé et plusieurs provinces canadiennes.

L'Académie américaine des médecins de famille (AAFP) a intégré ce modèle dans ses nouveaux modèles pour les soins primaires. Le CCM permet de structurer l'organisation des soins, une étape suivante est l'évaluation de la qualité des soins apportée par le travail en équipe.

Une approche empirique de mesure de la coopération interprofessionnelle a été développée afin de permettre une mesure intermédiaire de la qualité des soins. Des échelles ont été développées pour mesurer l'appétence des professionnels envers la coopération interprofessionnelle, comme un critère de jugement intermédiaire de la qualité des soins. Une échelle générique interprofessionnelle évaluant professionnels et étudiants a été développée à partir des échelles spécifiques pour les médecins, infirmières et pharmaciens: la *JeffSATIC (Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration)*.^[51] Elle quantifie à la fois la relation de travail et la responsabilité perçue. Initialement, cette échelle avait été développée pour les coopérations médecins-infirmières et médecins-pharmaciens. La coopération interprofessionnelle reste difficile à mesurer en elle-même, car elle reste un critère de jugement multimodal et dont la définition des modalités reste variable selon les auteurs. D'autre part, la coopération interprofessionnelle reste un moyen et non une fin en soi dans l'amélioration de la qualité des soins. Ces soins devraient principalement s'évaluer sur des critères de jugement pertinents pour les patients de morbi mortalité ou de qualité de vie. Pour finir, la question de l'effet de la qualité de la coopération interprofessionnelle sur la qualité des soins pour le patient reste à démontrer.

1.2.3 FAIBLE LITTÉRATURE EMPIRIQUE EVALUANT LA COOPERATION EN SOINS PRIMAIRES

1.2.3.1 EXPERIMENTATIONS DE COOPERATION INFIRMIERES-MEDECIENS

En synthèse, les effets de la collaboration médecin-infirmière dans le contexte spécifique des soins primaires ont été évalués par une revue (méta-synthèse) de 11 revues systématiques de la collaboration. (Matthys E., Remmen R., Van Bogaert P., An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes : what can we learn in primary care ? *BMC Fam Pract.*, 2017; 18: 110). Cette revue a inclus entre autres 4 méta-analyses. Les études incluses ont montré une efficacité sur une diminution de la pression artérielle avec une différence moyenne de PAS de -3,68 mmHg (IC95%: -6,3, -1,05) (Shaw, 2014) et une amélioration de la satisfaction des patients sur un score de satisfaction avec une différence moyenne de 7,9 points, $p= 0,01$ (Litaker et al., *J Interprof Care*, 2003 ; 17(3) :223-37)). Les résultats concernant le nombre d'hospitalisations n'étaient pas concordants entre les différentes études.

Les résultats des deux méta-analyses Martinez et al 2014 et Laurant et al. 2018, dont nous avons présenté les synthèses ci-dessous, reflètent majoritairement les expérimentations menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni et dont le contexte ne correspond pas aux soins primaires, tels que définit dans cette thèse. Martinez et al. en 2014 ont réalisé une méta-analyse concernant la substitution des médecins par des infirmières en soins primaires.^[52] Pour les études analysant l'impact des infirmières en situations de soins de premier recours

ou les soins urgents et le suivi à 6 mois, le principal critère de jugement était la satisfaction des patients avec un score plus élevé de satisfaction avec les infirmières (différence moyenne standardisée 0,18 ; IC95% 0,13-0,23). Néanmoins les durées d'études étaient inférieures à 6 mois avec des tailles d'essais inférieures à 200 patients. Pour les études dont l'intervention comprenait un suivi au long cours supérieur à 12 mois par des infirmières, les taux d'admission hospitalière et la mortalité ont été étudiés. Toutes études confondues, les taux d'admissions en hospitalisation étaient diminués avec un suivi par les infirmières vs les médecins (Risque relatif (RR) 0,76 ; IC95% 0,64 -0,91). La mortalité toutes causes était également diminuée de 11% (RR 0,89, IC95% 0,84 à 0,96). Les auteurs précisent cependant qu'un seul essai présentait des critères de bonne qualité (taille supérieure à 200 patients inclus, perdus de vue inférieurs à 20%, dissimulation de l'attribution lors de la randomisation). Les essais de meilleure qualité (meilleure réalisation du simple ou double-aveugle, moins de perdus de vue) ont montré des résultats inverses avec un taux plus élevé d'hospitalisations (disparition totale de l'effet) et de mortalité (effet à la limite de la significativité) plus important avec les infirmières, que dans les autres essais de moindre qualité. L'effet semblait plus important avec les infirmières avancées qu'avec les infirmières diplômées d'Etat sans diplôme supplémentaire. L'étude de l'effet de la substitution des médecins par des infirmières sur les admissions hospitalières montre que les effets sont à modérer en fonction des risques de biais, ils deviennent non significatifs lorsque ne sont prises en compte que les études avec une randomisation en aveugle adaptée et un taux de perdus de vue inférieur à 20%. Pour finir, les auteurs concluent que la qualité des études et le peu de systèmes de santé qu'elles représentent limitent la portée des résultats. Mais, il semblerait que les soins prodigués par des infirmières aient un effet pour diminuer les hospitalisations et la mortalité toutes causes.

L'essai clinique randomisé contrôlé de Jarman et al., incluant 1859 patients, est le seul essai présentant un taux de perdus de vue inférieur à 20% avec une randomisation en aveugle.[53] Des infirmières expressément formées et spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ont pris en charge des patients recrutés à partir de 438 cabinets de médecine générale ou en milieu hospitalier. Ces infirmières étaient salariées de l'université de Sheffield. Leur rôle était consultatif pour le médecin généraliste. Elles n'étaient pas en autonomie clinique. Les auteurs précisent que le groupe contrôle n'a pas bénéficié de services additionnels, ce qui confirme que cette nouvelle tâche correspondait à une innovation et non à une délégation de tâche. Il ne s'agit donc pas d'une substitution du médecin généraliste par l'infirmière, mais bien d'un service supplémentaire, dans une situation de soins semblant relever de la coordination entre premier et second recours. La mortalité ne différait pas statistiquement entre les deux groupes de prise en charge (*Hazard Ratio* pour les infirmières vs contrôle de 0,91 ; IC 95% 0,73 à 1,13). La sensation de bien-être des patients semblait améliorée sans majoration des coûts.

Ce constat explicite l'écart qui existe entre la définition utilisée par Bonnie Sibbald de la substitution (avec transfert complet de responsabilité et de l'activité, telle que reprise par Martinez et al.) et les interventions proposées dans les essais cliniques. Même si la substitution implique en théorie un transfert total de responsabilités, en pratique, le degré

d'autonomie est variable entre les différentes infirmières avancées, et souvent celles-ci nécessitent un soutien et une communication avec le médecin pour plusieurs tâches. Ces infirmières se positionnent dans l'offre d'un service supplémentaire offert au patient, ce qui correspondrait plus à la définition du renforcement. C'est donc davantage l'effet cumulé du travail du binôme voire même d'une équipe qui est mesuré. Un possible biais de recrutement peut être discuté. Les cabinets qui incluent une infirmière de pratique avancée ne sont possiblement pas représentatives des autres cabinets plus isolés. L'exercice en groupe pluriprofessionnel nécessite une réflexion sur l'organisation de l'activité professionnelle pour la qualité de vie des professionnels, mais aussi pour leurs patients.

La formation et le degré de qualification demandent à être précisés : une meilleure définition des limites de la pratique incluant une classification des tâches serait requise. Définir mieux les rôles et les responsabilités des infirmières selon des critères conceptualisés est aussi nécessaire. L'intérêt du partage des rôles et des compétences est de permettre une réflexion sur les compétences nécessaires pour soigner les patients, indépendamment du professionnel concerné, puis de former ces professionnels dans une approche par compétence, dépassant la simple acquisition de savoirs inconstamment mobilisables en action. C'est la formation de l'ensemble des professionnels qui évolue dans ce contexte. La féminisation de la prise en charge des patients montre que les modalités de leadership évoluent vers plus d'écoute.[30] Cette qualité d'écoute est particulièrement appréciée par les patients. Il est ainsi possible de s'interroger sur ce qui est mesuré dans les études : l'écoute féminine ou l'écoute infirmière ? Les patients apprécient l'aspect conseil/éducation des infirmières qui est mis en avant : ne serait-ce pas l'efficacité des mesures de prévention et d'éducation thérapeutique qui serait mesuré plus que l'effet infirmière ?

La méta-analyse Cochrane de Laurant et al. en 2018 a étudié l'efficacité des infirmières comme substituts aux docteurs en soins primaires.[54] Les études incluses dans cette méta-analyse sur la capacité des infirmières à se substituer à des médecins ne s'appliquent le plus souvent pas à la consultation sur site en équipe de soin primaire en horaires hors-gardes.[54] Il s'agit de substituer des contacts médicaux et non des médecins. En pratique, c'est l'opportunité pour les patients d'avoir accès à de nouveaux services, dans le cadre d'une équipe synergique et complémentaire.

Concernant la mortalité totale, seul l'essai clinique randomisé de Voogdt-Pruis, 2010, rentre dans le cadre des soins primaires, même s'il était évalué comme à risque de biais par Martinez et al., à cause des incertitudes liées à la randomisation en aveugle.[55] Des infirmières de pratiques avancées réalisaient l'évaluation du risque cardio-vasculaire global du patient en prévention secondaire après un événement cardio-vasculaire, son éducation et l'adaptation des traitements. L'effet sur la mortalité totale n'était pas significatif avec un Risque Relatif à 0,77 (IC95%=0,57-1,03). Les résultats de Voogdt-Pruis et al. sur les interventions d'hygiène de vie et médicamenteuses montraient une diminution significative des taux moyens de cholestérol de 47,1 vs 22,3 (1,98 à 4,43 ; $p < 0,01$) pour les infirmières vs médecins après ajustement sur les facteurs de confusion.

La coopération infirmière avancée-médecin a été évaluée dans le cadre d'une substitution, soit pour la prise en charge des patients en première ligne soit pour le suivi des pathologies chroniques (analyses sans sous-groupes spécifiques). Elle a montré dans le groupe intervention infirmière avancée une amélioration de la satisfaction des patients (en raison de l'augmentation du temps dédié à chaque patient), une augmentation du nombre d'examen complémentaires demandés et du nombre de consultations de contrôle, et une possible augmentation des hospitalisations dans les études ayant inclus un nombre de patient supérieur à 200 pour l'évaluation. Il y a donc une prise en charge perçue comme plus satisfaisante par les patients, mais pas d'économies réalisées.[54]

Les études de Hemani, 1999, Ndosu, 2013 et Sanne, 2010 relevaient de prises en charge spécialisées ou non adaptées à la prévalence de pathologies tel le VIH en France. L'étude de Spitzer en 1973 est trop ancienne pour en tirer des conclusions. Les études de Lattimer, 1998, Campbell, 2014 et Shum 2000 ne concernaient qu'un triage téléphonique, ce qui ne correspondait pas à une pratique en consultation à proprement parler. Les études de Flynn et Mundingier associaient 1^{er} contact et suivi de pathologies chroniques. Des analyses en sous-groupes, concernant uniquement le suivi des pathologies chroniques, auraient été nécessaires pour conclure sur le risque d'hospitalisation.

En synthèse, les résultats de ces deux méta-analyses quantitatives semblent donc applicables uniquement dans les contextes de soins de ces deux pays. L'applicabilité dans d'autres contextes de soins, dont ceux de la France, paraît donc devoir être questionnée du fait d'organisations des soins très diverses, notamment en ce qui concerne les modalités de rémunération et de formation des professionnels de santé. D'autre part, le contexte de réalisation des travaux de recherche (soins urgents de régulation téléphonique, infirmière spécialisée dans la prise en charge des patients parkinsoniens) ne correspond clairement pas à la pratique courante éventuelle d'une collaboration interprofessionnelle avec un médecin généraliste en France. De surcroît, la faible qualité des études ne permet d'apporter ni des conclusions fiables ni des recommandations au niveau international, et encore moins au niveau français, concernant la substitution infirmières/médecins.

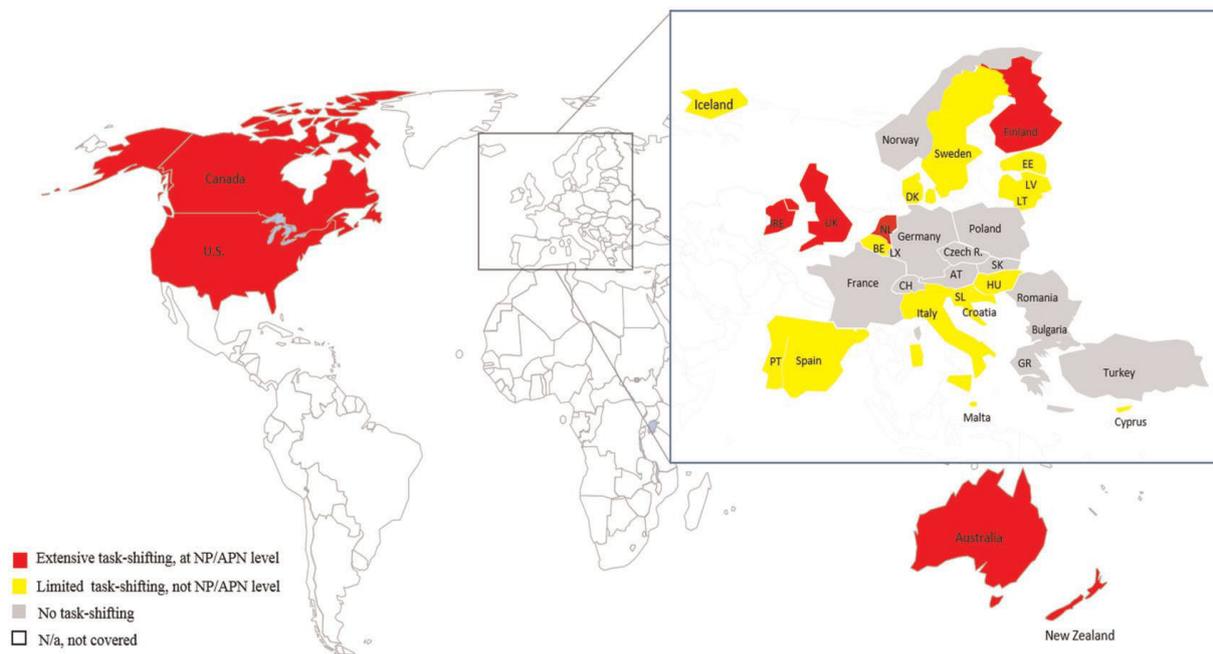
En ce qui concerne les études qualitatives des représentations des patients, des médecins et des infirmières, elles ont montré la faisabilité de la coopération, tout en respectant les demandes des patients vis-à-vis de la continuité relationnelle et en veillant à la définition précise des champs d'action de chaque professionnel. Karimi-Shahanjarini et al. dans une revue systématique des études qualitatives de la substitution des médecins par des infirmières, ont mis en évidence les facteurs influençant la mise en place de cette substitution. Les patients, les médecins et les infirmières pourraient accepter de se voir proposer des services par des infirmières, habituellement proposés par des médecins. Ce serait en fonction du type de service proposé. Les infirmières seraient demandeuses de respect et de collaboration de la part des médecins, de rémunérations spécifiques et adéquates, d'un système de recours au médecin bien organisé, de personnes ressources expérimentées, d'une

définition claire des rôles, des formations et de la supervision.[56] Fortin et al.[57] ont mis en évidence au Canada que les patients atteints de multimorbidité seraient ouverts à l'implication des infirmières. Pour autant, ils attendaient que cette participation soit bien définie en termes de rôles et des limites des pratiques professionnelles. Au Danemark, plus d'une consultation sur dix semblait pouvoir relever de la substitution pour les patients et leurs médecins, néanmoins, ils n'étaient que rarement concordants dans leurs choix de consultations.[58] Autant les médecins considéraient que les consultations de suivi, plus particulièrement pour les personnes âgées, pouvaient relever de la substitution, autant les patients, eux, accordaient une importance majeure à voir leur médecin généraliste pour ces consultations de suivi. Les représentations des patients devraient donc être intégrées dans les futures organisations des soins.[58] En France, les médecins seraient favorables à la délégation envisageraient un modèle prévoyant des délégations d'activités liées à l'accompagnement des patients et au suivi des pathologies chroniques (éducation thérapeutique, accompagnement des patients lors de l'arrêt des consommations de tabac, etc.). Parmi ces médecins, peu sont ceux qui seraient favorables à des délégations plus larges, y compris des actes (frottis, prescription d'HbA1c).[59]

Un état des lieux du développement des pratiques infirmières avancées à l'échelle internationale au travers de la littérature a été réalisé par Maier et al.[60] Parmi les 39 pays pris en compte dans cette étude (pays européens, USA, Canada, Australie et Nouvelle Zélande), deux tiers des pays ont mis en œuvre le transfert de tâches (N=27, 69%), mais à des niveaux différents. L'objectif visé est généralement d'augmenter les ressources professionnelles de type intermédiaire en santé. Trois ensembles de pays émergent de la revue de littérature : les pays avec une pratique très extensive, c'est-à-dire disposant de diplômés d'infirmières praticiennes et d'infirmières de pratiques avancées (11), les pays avec une pratique plus limitée (sans infirmières praticiennes ni infirmières de pratiques avancées) (16) et les pays sans aucune pratique (12) (Figure 7). Le nombre important de réformes politiques, légales et éducatives, qui proposent par exemple la prescription par des infirmières, démontre une tendance internationale vers l'extension des rôles des infirmières en soins primaires.

La comparaison internationale des pratiques avancées est cependant difficile, compte tenu de l'absence de définition standardisée des infirmières de pratique avancée et de base minimale commune de formation et d'activités pratiques entre les pays.[60]

Dans la comparaison internationale de Bettina Maier, la France fait partie des pays où les pratiques avancées ne sont pas développées. Si le terme d'infirmière de pratique avancée n'a effectivement été introduit que dans la loi santé de 2016, la thématique de la coopération des professions de santé a été mise à l'agenda des politiques publiques dès 2003, dans le contexte de la création de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, ONDPS.



European Journal of Public Health, Volume 26, Issue 6, December 2016, Pages 927-934, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>.

Figure 7 Overview of the extent of task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries, 2015. Etat des lieux du transfert de tâches des médecins vers les infirmières en soins primaires dans 39 pays européens. [60]

Légende

Rouge : Extensive task-shifting, at Nurse Practitioner (NP)/ Advance Practice Nurse (APN) Level
 transfert de tâches extensive avec des diplômés d'Infirmières praticiennes ou d'infirmières de pratiques avancées

Jaune : Limited task-shifting, not NP/APN level ; Transfert de taches limité, sans diplômés de pratiques avancées

Gris : No task-shifting ; pas de transfert de tâches

Incolore : Not assessed (Na), not covered ; non évalué ou non couvert

1.2.3.2 EXPERIMENTATIONS DE COOPERATION PHARMACIENS-MEDICINS

La revue de Michot P. et al a montré que la coopération pharmacien-médecin était efficace dans le cadre des revues de morbi mortalité. D'autres études de long-terme basées sur des critères de morbidité et d'impact sur l'organisation des soins sont nécessaires pour confirmer ces résultats.[61]

Seize essais (onze de collaboration et cinq de substitution) ont montré un bénéfice à l'intervention du pharmacien. Cinq d'entre elles consistaient en la gestion par le pharmacien d'un problème de santé chronique et onze en la gestion du ou des traitements. Dans la première catégorie, trois essais évaluant la gestion de l'hypertension artérielle par le pharmacien, dont un de bonne qualité, ont montré une diminution isolée de la pression artérielle systolique (de 5 à 12 mm de mercure à 6 mois). Un essai de gestion de l'hypercholestérolémie montrait une diminution de la cholestérolémie totale de 0,4 mmol/L à six mois. Une préconsultation chez des patients porteurs de plusieurs pathologies chroniques par un pharmacien améliorait la qualité de soins (prescription d'examen complémentaires, de soins de prévention et de traitements médicamenteux).

Dans la catégorie des essais sur la gestion des traitements, sept essais de revue des traitements par le pharmacien, dont un de bonne qualité, concluaient à l'amélioration des problèmes de prescription médicamenteuse (jusqu'à 24% de problèmes corrigés) et de la pertinence des traitements (jusqu'à 1,7 points d'amélioration à 6 mois pour le score *Medication Appropriateness Index*, qui en comporte 18) et/ou à la reconnaissance par le médecin généraliste de cette amélioration. Dans l'un d'entre eux, le nombre annuel de chutes par patient institutionnalisé diminuait de 0,5 après une revue des traitements par un pharmacien d'officine. Dans un autre, la revue des traitements par un pharmacien hospitalier de liaison diminuait de 46% la demande de compléments d'informations par les médecins généralistes après la sortie d'hospitalisation de leurs patients. Un autre essai a comparé la transmission des informations issues de la revue des traitements des patients institutionnalisés par un pharmacien, par écrit (courrier) ou dans le cadre d'une réunion présentielle avec les médecins généralistes, et a montré que ces derniers jugeaient le traitement plus souvent optimal grâce aux réunions. Parmi les essais de gestion des traitements autres que la revue des traitements, un essai concernant la gestion du traitement par antivitamines K, incluant une visite à domicile du pharmacien, a montré une diminution de 28% du nombre d'événements hémorragiques à trois mois, lorsque l'intervention du pharmacien était précoce (dans les huit jours suivant l'instauration du traitement). La remise par le pharmacien d'un document d'information apportait une amélioration modeste des connaissances des traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens ou bêtabloquants par le patient (avec 6% de réponses correctes supplémentaires). Une consultation avec remise d'une vidéo explicative améliorait la prédiction de l'observance d'un traitement antidépresseur (de 4,5 points sur 30). La gestion du traitement antalgique par un pharmacien a permis d'observer une diminution de la douleur et de l'impotence fonctionnelle de patients souffrant de gonalgies.

1.2.3.3 EXPERIMENTATIONS DE COOPERATION PLURIPROFESSIONNELLES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE DEUX.

Des évaluations d'expérimentations internationales et françaises de coopérations pluriprofessionnelles en pratique de soins primaires, ont permis une comparaison des stratégies dans le cadre du diabète. A l'échelle internationale, quatre revues de la littérature ont cherché à évaluer les différentes stratégies afin d'améliorer la qualité des soins pour les patients atteints de diabète. L'évaluation du *disease management* du diabète par Norris et al. a montré une amélioration de l'équilibre glycémique, du dépistage des rétinopathies diabétiques, des lésions des pieds, des neuropathies périphériques, des protéinuries et du suivi lipidique. Ces preuves s'appliquent dans le cadre d'organisations de soins structurées ou des centres de santé aux Etats-Unis et en Europe.[62]

Shojana et al. en 2006 ont conclu que les stratégies basées sur la réorganisation des équipes de soins étaient plus performantes pour diminuer l'hémoglobine glyquée que les stratégies ciblant uniquement les patients ou les professionnels de santé de manière individuelle.[63]

Renders et al. en 2009 ont inclus 41 études, souvent de faible qualité méthodologique. Une combinaison d'interventions ciblant les professionnels a amélioré les indicateurs de processus. L'effet sur des critères de jugement pertinents pour les patients n'a été que rarement évalué. Des interventions ciblant l'organisation (rappel des rendez-vous de suivi) ont montré une amélioration des indicateurs de processus. Les interventions multifactorielles dans lesquelles étaient ajoutées l'éducation thérapeutique ou une extension des rôles des infirmières ont aussi montré des effets favorables sur des critères de jugement liés à la santé des patients.[64]

De même, pour Tricco et al. en 2012, les stratégies modifiant à la fois le système de prise en charge du patient et les interventions liées au patient, étaient les plus influentes sur les critères de jugement de processus (suivis et niveaux de contrôle d'hémoglobine glyquées et de cholestérol).[65]

En France, l'expérimentation ASALEE a montré une amélioration du contrôle glycémique dans le groupe intervention bénéficiant d'une infirmière de prévention et de suivi dans le cadre du diabète de type deux.[66]

1.3 HISTOIRE ET ENJEUX DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE EN FRANCE : DE L'EMERGENCE DU TRANSFERT ET DE LA DELEGATION DE TACHES EN 2003 A LA COOPERATION TRANSVERSALE ENTRE PROFESSIONNELS EN FRANCE

En 2002, une pénurie de médecins était annoncée par les projections statistiques de l'époque, à la suite de la baisse soutenue du numéris clausus initiée en 1972.[67] Face à ce défi, le ministère de la santé a créé l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) pour alimenter la réflexion prospective et engager des modalités d'évolution du cadre de régulation des métiers. Un rapport fondateur a introduit l'idée générale qu'une plus grande adaptabilité et évolutivité des métiers devait permettre des transformations des organisations et des pratiques, afin de pouvoir faire face à la baisse attendue du nombre de médecins et également pour continuer à recruter dans le secteur de la santé, en offrant des perspectives de carrières attractives pour les autres professions.[68] L'évolution du cadre réglementaire a été préparée par un ensemble d'expérimentations, menées sous l'égide de l'ONDPS puis de la Haute Autorité de Santé, avec pour objectif de développer les « coopérations interprofessionnelles » et les métiers intermédiaires de niveaux master, notamment pour les professions paramédicales.[69] « Cette démarche partait du constat que le processus juridique de division du travail des professions de santé et la hiérarchie qu'ils véhiculent, comme les processus de formation, de qualification et plus généralement d'exercice des professionnels de santé, sont en contradiction avec les évolutions d'organisation du travail souhaitées (travail d'équipe, développement des pratiques préventives et d'éducation thérapeutique, allocation optimale des ressources – la bonne compétence, au bon endroit, au bon moment – dans les processus et parcours de soins) ».

Suite à ces travaux, l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a introduit en 2009 un cadre réglementaire pour déployer des protocoles de coopération, dérogeant aux décrets d'actes, selon une méthodologie établie par la Haute Autorité de Santé.[70] Il s'agissait d'offrir un cadre juridique permettant l'évolution des rôles professionnels, dans des conditions définies en dérogations aux décrets d'actes qui définissent de façon très détaillée les champs de pratique des professions non médicales et freinent considérablement l'évolution des organisations de soins.

En dépit des freins liés à la modification des rôles professionnels et à un processus d'expérimentation lent et bureaucratique, quelques expérimentations initiées par cette réforme ont abouti à des modifications stables sectorielles et à des changements micro-organisationnels. Dans le secteur ambulatoire, deux projets ont été menés et déployés à terme à ce jour.

Le premier concerne le travail en équipe en pratique de médecine générale et porte principalement sur la réalisation de consultations infirmières dans un cadre protocolisé : ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).

Ce projet de travail en équipe en soins primaires, entre des infirmières de santé publique et des médecins généralistes, pour la prise en charge de pathologies chroniques, la prévention

et l'éducation thérapeutique, initié en 2003, est depuis 2018 mis en œuvre à une échelle nationale.[71] En 2019, les résultats de l'évaluation de l'impact du dispositif ASALEE sont inscrits dans le programme DAPHNEE. L'évolution de l'activité des médecins généralistes étant entrés dans une démarche de coopération avec une infirmière ASALEE a été comparée à celle de médecins généralistes témoins. Il n'existe pas de différence en termes de nombre de jours travaillés. En revanche, un supplément de taille de la patientèle d'environ 7% a été observé, par rapport aux médecins témoins et à la période qui précédait le dispositif. Une augmentation du nombre de patients rencontrés par ces mêmes médecins généralistes a été constatée. Ces effets étaient accrus par l'ancienneté et l'intensité de la coopération médecin-infirmière. Ainsi, la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières aurait semblé libérer du temps médical que les médecins alloueraient à d'autres patients.[72] Ce résultat classique de la littérature sur l'évaluation des expériences de partage de compétences (*skill-mix*), correspondait à la coexistence d'un transfert d'actes avec le développement de nouvelles activités, en l'occurrence l'éducation thérapeutique par les infirmières.

Une seconde expérimentation, classifiée selon la HAS en soins primaires, était la réalisation d'un bilan visuel par des orthoptistes, salariés de médecins ophtalmologues, selon des protocoles spécifiques, et avec une tarification adaptée.

Aujourd'hui, cette disposition de protocoles de transfert de tâches renommée « coopération » est débattue.[73] Le déploiement très lent et modéré des protocoles de coopération est en partie imputable aux efforts de maîtrise soutenue des dépenses d'assurance maladie, dans un contexte de croissance économique atone depuis la crise économique de 2008.[74], [73] Par ailleurs, le modèle de déploiement des coopérations, tel qu'adopté dans la loi de 2009, a provoqué de fortes résistances de certains groupes professionnels vis-à-vis d'éventuelles évolutions législatives plus ambitieuses, envisagées à la suite des expérimentations, comme celle du cadre de définition juridique des champs de pratique des métiers de la santé. Il s'agissait notamment pour les professions non médicales de définir les métiers par des missions et d'abandonner des définitions trop précises de listes d'actes. Il s'agissait de permettre aux dites professions d'étendre leurs champs d'actions dans un cadre plus souple, en fonction des qualifications et de la certification, dépendantes de la formation. Une explication pour ces réticences serait la crainte, plus particulièrement pour les infirmières, de perdre leur « rôle propre », partie intégrante de l'identité professionnelle, aux côtés du pouvoir de la profession médicale. Le contexte de restrictions à l'hôpital a pu faire craindre un glissement de tâches informel des médecins vers les infirmières sans cadre juridique, ni formation et valorisation adaptées.[73] Par ailleurs, dans le contexte d'exercice libéral, le transfert de tâches dans un système de paiement à l'acte correspond à un transfert de ressources qui nécessitent d'adapter des solutions innovantes de rémunération et complexifient le processus.

Les protocoles de coopération représentent un dispositif de réorganisation des rôles professionnels parmi d'autres. En effet, depuis plusieurs années, de nombreuses évolutions

se sont faites de façon alternative aux protocoles de coopération dits article 51. Nous présentons les différentes modalités de coopération/transferts ci-après :

- Le **transfert de tâches aux patients** est un dispositif proposé par exemple lors des autotests diagnostics, entre autres pour le VHC ou le VIH, avec ou sans l'intervention de travailleurs sociaux ou de volontaires. L'auto-frottis du col de l'utérus par les femmes pour améliorer le dépistage du col de l'utérus est également une solution envisagée, mais encore non mise en œuvre.
- Une alternative à la délégation de tâches pour permettre de réorganiser le système de santé est la **reconnaissance financière de tâches** inscrites dans les décrets d'actes pour les professionnels des soins primaires. Il n'y a pas dans ce cas de **modification de la législation**, mais reconnaissance financière par la valorisation d'un acte à la nomenclature. C'est, par exemple, le paiement d'un forfait de coordination pour la réalisation d'un plan de soins, dans le cadre de la mise en place du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie).
- Des **changements réglementaires** permettent d'introduire le remboursement de certaines activités, tout en développant les rôles professionnels.[73] Des concertations pluriprofessionnelles entre les différents acteurs seraient souhaitables, pour organiser au mieux le système de santé au service des patients, plus que de considérations professionnelles syndicales.[75]
 - La vaccination évolue pour être prescrite et réalisée par plusieurs acteurs.
 - La vaccination contre la grippe peut à présent, depuis 2018, être aussi prescrite en primovaccination par le pharmacien (avec expérimentation en parallèle du carnet de vaccination électronique).
 - Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe, et depuis fin 2018 ils vaccinent même en primo-vaccination. Les conditions de rémunération en 2019, sont spécifiques à chaque profession.
 - Les sages-femmes peuvent, dans une stratégie de cocooning, c'est-à-dire de protection des nouveau-nés par la vaccination de l'entourage, prescrire et réaliser les vaccinations non seulement de la femme enceinte et dans le post-partum. Elles ont légalement à présent le droit de vacciner aussi les nourrissons et l'entourage. Les sages-femmes salariées ou libérales ont aussi acquis des droits supplémentaires sans protocoles de coopération : par exemple, c'est le suivi des femmes pour leur contraception, leur frottis, ou le suivi des grossesses à bas risque en ville. Tout cela, dans un contexte de diminution des naissances de 30 000 par an en France, avec des effectifs de formation des professionnelles sages-femmes stables dans les écoles.

- Le programme PRADO (Programme de Retour A Domicile des patients hospitalisés) a été initié par l'assurance maladie en 2010.[76] Il s'agit d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville par une meilleure coopération hospitalière-professionnels libéraux. Les principaux enjeux de PRADO, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont :
 - de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ;
 - d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital ;
 - de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ;
 - d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation, en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

En 2018, plus de 540 000 patients ont bénéficié de ce service.

Initié pour les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015.

Ce service a aussi été progressivement proposé après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus, quel que soit le motif de leur hospitalisation.

- Pour adapter l'organisation des soins à la demande des usagers, d'autres alternatives au transfert de compétences ont été développées et concernent des **innovations de qualifications**. Tout d'abord, la notion **d'infirmières de pratique avancée** a été inscrite dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Cette loi propose d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique. Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée.[77]
- A moyen et long terme, **l'universitarisation des professions de santé**, qui fait partie intégrante de la stratégie de santé 2022, déjà en cours actuellement, devrait permettre la mise en place de filières complètes : licence, master, doctorat, selon le modèle européen LMD, en accord avec le processus de Bologne engagé à la fin des années 1990. Recherche et formations spécifiques seraient garants d'une adaptabilité des professions aux transformations des organisations et des techniques, tout en garantissant les compétences des professionnels en formation initiale et les passerelles entre professions.[29]

En résumé, si la coopération interprofessionnelle est mise en œuvre à large échelle dans plusieurs pays, essentiellement anglo-saxons, des interrogations persistent. Elles concernent l'efficacité clinique sur des critères de morbi mortalité, d'hospitalisation, et d'impact sur

l'organisation des soins : ces questionnements se posent aussi au sujet des patients en situation de multimorbidité et quant à l'applicabilité en pratique (acceptabilité par les professionnels et conditions concrètes de mise en œuvre sur le terrain). Le niveau de preuve des études reste souvent faible, sur des critères de jugement intermédiaires ou est sujet à des biais, et peu sont réellement réalisées dans le cadre de la consultation en face-à-face et en équipe de soins primaires.

En France, où l'exercice en soins primaires est principalement libéral, avec la pratique indépendante et le paiement à l'acte, la coopération dans ce contexte représente donc un transfert direct et immédiat de ressources financières, ce qui complexifie la mise en œuvre. De même, la réalisation de tâches nouvelles implique également des financements supplémentaires. Si le dispositif ASALEE a été généralisé, il n'est pas représentatif de l'exercice habituel de la médecine générale en France. En 2019, 3000 médecins participent au dispositif ASALEE, parmi les 55 000 médecins en exercice, soit 6% des médecins français.

Une étude de la coopération, dans le contexte des pratiques habituelles des médecins généralistes, est donc nécessaire pour évaluer les conditions de la généralisation de la coopération, ce qui sera l'objectif de notre thèse présenté ci-après. Il s'agit notamment de définir des modalités d'application incluant les spécificités de l'organisation des soins primaires en France.

2. HYPOTHESE ET OBJECTIF DE LA THESE : ETUDIER LES REPRESENTATIONS ET LA PRATIQUE EN SOINS PRIMAIRES

Les avantages généraux attendus grâce à la coopération sont d'améliorer la qualité des services fournis en soins primaires, d'augmenter l'accès aux services de soins primaires en élargissant les capacités, et de diminuer la charge de travail des médecins généralistes, pour qu'ils puissent se consacrer à des tâches plus complexes. La qualité de travail des professionnels médecins et infirmiers pourrait être améliorée, en permettant d'augmenter le temps consacré au patient par le médecin et/ou l'infirmière pour certaines activités, telles que les pratiques de prévention ou le suivi des maladies chroniques. Le transfert de certaines tâches aux infirmières libérerait du temps pour les médecins qui pourraient donc l'utiliser pour d'autres activités. Le partage des compétences impose une réflexion sur les rôles des professionnels de santé et sur la répartition de ces rôles, et donc des tâches et compétences associées. De ce fait, la pertinence des soins aux patients pourrait être améliorée grâce à une optimisation des rôles de chaque professionnel, mais aussi des patients partenaires de cette nouvelle organisation des soins primaires. Une meilleure prise en compte des facteurs influençant la coopération devrait permettre son optimisation. Ces facteurs incluent les perceptions issues de la pratique.

Nous avons fait l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des perceptions et des pratiques des professionnels de soins primaires permettrait de définir les modalités pertinentes (prioritaires et acceptables) de la coopération interprofessionnelle, au bénéfice des patients et des professionnels.

L'objectif de cette thèse était d'identifier les représentations générales des facteurs facilitant ou limitant la coopération interprofessionnelle en soins primaires et d'explorer les procédures de soins des médecins généralistes susceptibles d'être transférées à d'autres professionnels de santé chez les patients atteints d'une maladie chronique prototypique.

L'impact attendu était d'identifier des prérequis et de proposer des recommandations pratiques pour une application pragmatique de la coopération interprofessionnelle adaptée aux spécificités des soins primaires en France.

Le choix a été fait d'appliquer la coopération interprofessionnelle aux patients se présentant avec un diabète de type 2. Face à la diversité des présentations cliniques des patients en soins primaires et dans un souci de limiter les facteurs confondants lors des analyses statistiques, nous avons orienté le travail vers une pathologie chronique. Le choix du diabète a été privilégié étant donné l'expansion de cette pathologie chez des patients en situation de multimorbidité, dont la prise en charge est complexe sur le plan bio-psycho-social.[78] Par ailleurs, il s'agit d'une pathologie déjà investiguée par la doctorante.[79], [80] La prévalence mondiale du diabète de type 2 devrait augmenter de 171 millions en 2000 à 366 millions en 2030.[81] En France, en 2011, le diabète de type 2 était le 7^e résultat de consultation le plus fréquent (1093 résultats de consultations, soit 2,39% de l'ensemble des résultats de consultations pris en charge par les médecins généralistes), parmi les 45 642 résultats de

consultations répertoriés dans l'étude épidémiologique nationale transversale ECOGEN.[82] Parmi les problèmes de santé chroniques pris en charge en consultation, c'était le 4^e résultat de consultation le plus fréquent après l'hypertension, les dyslipidémies et la dépression.[82]

Problèmes de santé chroniques (ECOGEN, 2012)

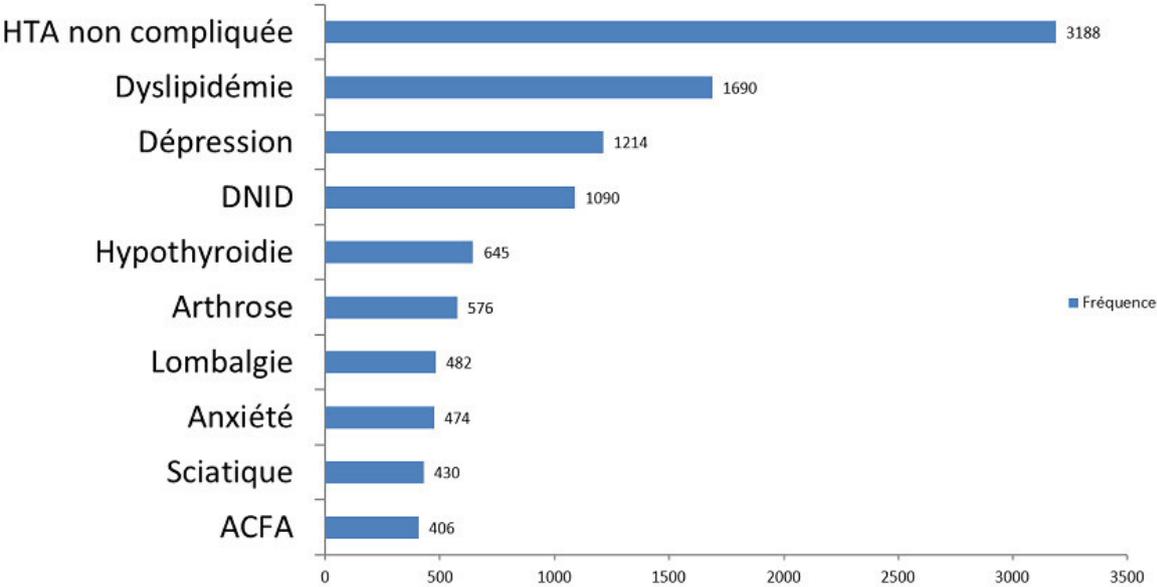


Figure 8 Problèmes de santé chroniques (ECOGEN, 2012)

3. METHODES DE LA THESE

3.1 UNE REVUE DE LA LITTERATURE QUALITATIVE

Afin de pouvoir aboutir à des propositions de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires issues de la pratique, un état des lieux des facteurs influençant la mise en œuvre de cette collaboration était nécessaire. Une revue systématique de la littérature qualitative concernant les facteurs facilitants et les obstacles à la coopération interprofessionnelle en soins primaires, a été réalisée, par synthèse thématique. Elle a associé des experts de différentes disciplines : pharmacie, sociologie, psychologie, économie de la santé, médecine. Cette revue a respecté les critères PRIMSA et les principes des méta ethnographies. La littérature ayant déjà étudié abondamment les liens médecins généralistes -infirmières en soins primaires aussi bien quantitativement que qualitativement, nous avons privilégié l'abord qualitatif chez les autres professionnels de santé. L'approche qualitative était particulièrement contributive pour permettre de comprendre les mécanismes mis en jeu dans la collaboration interprofessionnelle.

Les critères d'inclusion étaient les études qualitatives publiées comme article de recherche, concernant la coopération interprofessionnelle en anglais ou en français. Nous avons exclu les études ne concernant pas les relations professionnelles, ou réalisées dans des contextes ne correspondant pas aux soins primaires, ou les études ciblées sur la formation interprofessionnelle ou les articles de recherche quantitative. Nous avons exclu délibérément les études concernant la coopération médecin généraliste-infirmière ou médecin-assistants médicaux.

La revue de la littérature a été menée dans les bases de données suivantes jusqu'à juillet 2013 : Medline, Cochrane Library, Web of science et Psycinfo. L'équation de recherche était la suivante :

"Supplementary Appendix S1 Search query

("primary health care"[MeSH Terms] OR "family practice"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms] OR "general practitioners"[MeSH Terms] OR "patient centered care"[MeSH Terms]) AND ("allied health personnel"[MeSH Terms] OR "primary health care/manpower"[MeSH Terms] OR "pharmacists"[MeSH Terms] OR "pharmaceutical services/organization and administration"[MeSH Terms] OR "midwifery"[MeSH Terms] OR "psychology, clinical"[MeSH Terms] OR "mental health services"[MeSH Terms] OR "social work"[MeSH Terms] OR "physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "medical secretaries"[MeSH Terms] OR "medical receptionists"[MeSH Terms]) AND ("interprofessional relations"[MeSH Terms] OR "professional role"[MeSH Terms] OR "attitude of health personnel"[MeSH Terms] OR "delegation, professional"[MeSH Terms] OR "personnel delegation"[MeSH Terms] OR "patient care team"[MeSH Terms] OR "cooperative behavior"[MeSH Terms] OR "primary health care/organization and administration"[MeSH Terms]) AND ("qualitative research"[MeSH

Terms] OR "focus groups"[MeSH Terms] OR "interviews as topic"[MeSH Terms] OR "behavioral research"[MeSH Terms]) AND (English[lang] OR French[lang])”

Nous avons complété cette recherche bibliographique par un chaînage des références. Les études ont été intégrées après lecture des titres et de l’abstract selon les critères d’inclusion ou d’exclusion prédéfinis. Ces critères ont été évalués indépendamment par deux des auteurs (I.S. et L.L.), puis selon un consensus. Le processus de sélection des articles est reporté selon les standards ENTREQ.

L’évaluation de la qualité des données et l’extraction des données ont été réalisées comme décrit ci-après. La qualité des données a été évaluée selon les critères du *National Health Service* pour la publication des études qualitatives, adaptée selon Dixon-Woods. Un point était attribué à chacun des cinq critères suivants : description des objectifs, de la méthodologie de recherche, de la reproductibilité des résultats, de la saturation des données et du caractère approprié des analyses. Comme il n’existe que peu de recommandations scientifiques sur le seuil d’exclusion des études selon leur qualité, nous n’avons pas exclu d’étude. Nous avons privilégié l’intégration dans la revue du résultat de l’évaluation de la qualité de chaque étude.

Les données et les résultats des études ont été extraits manuellement. Elles incluaient : le nom du premier auteur, l’année, le pays, le design de l’étude, le type de participants, la taille de l’échantillon et le contexte de réalisation de l’étude (coopération en pratique habituelle ou coopération expérimentale). Nous avons examiné le contexte des études, comme un facteur pouvant influencer les solutions proposées. Le contenu des articles, que ce soit les résultats, les abstracts ou les conclusions de ce dernier, ont étudiés selon une analyse inductive, sans cadre d’analyse thématique a priori. Deux des auteurs (I.S. et L.L.) ont réalisé un codage axial des données afin d’identifier des thèmes analytiques conceptuels et structurels.

3.2 UNE ETUDE DU POTENTIEL DE COOPERATION NICHEE DANS L’ETUDE ECOGEN

3.2.1 ECOGEN : UNE ETUDE NATIONALE EN MEDECINE GENERALE POUR DECRIRE LES ACTES REALISES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

L’étude ECOGEN (Annexe 1) est une étude nationale transversale multicentrique qui a permis de décrire l’activité des médecins généralistes en consultation et de réaliser plusieurs études ancillaires. Cette étude de la morbidité en médecine générale, représentative de la pratique nationale moyenne, était très intéressante sous plusieurs aspects. La population française est en contact très fréquemment avec des médecins généralistes. Les consultations annuelles réalisées par des médecins généralistes représentent 280 millions de consultations par an. Les français consultent en moyenne 4 fois par an un médecin généraliste, dont une fois leur médecin traitant par an. Une mise à jour était nécessaire, car il n’y avait pas de données détaillées depuis 1992.[83] L’observatoire de la médecine générale de la Société Française de

Médecine Générale a permis de recueillir des données de 1994 à 2009.² Néanmoins, depuis, il n’y avait plus d’outil spécifique au recueil de la morbidité observée en soins primaires. Les données issues des bases du SNIIRAM permettaient d’avoir accès uniquement aux données liées à des actes codés. Elles ne permettaient pas d’accéder aux patients non en ALD ou sans prescription par exemple.[84] La rédaction du protocole de l’étude ECOGEN a nécessité une recherche bibliographique approfondie concernant les études internationales ayant décrit par des études épidémiologiques à large échelle l’activité des médecins généralistes incluant les procédures de soins. En France, les études de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1995 et de la DREES en 2002 ont décrit les procédures de soins (actes) des médecins généralistes en les rattachant aux consultations, indépendamment des problèmes de santé. En 2012, seuls étaient connus les actes remboursés par la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM), codés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM), mais les diagnostics et les indications de ces actes sont peu étudiés, car non codés. Il n’existait pas de données sur les procédures de soins non remboursées, par exemple l’éducation du patient. De surcroît, selon Perlberg et al. la fréquence des patients diabétiques identifiée montre un écart de 12% entre les données issues des bases de données cliniques de l’Observatoire de la Médecine Générale (OMG) de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et celles de l’assurance maladie, issues du SNIIRAM.[84] Le SNIIRAM est une base médico-administrative nationale regroupant des données ayant servi au remboursement des soins ambulatoires. L’appariement a permis d’identifier des patients diabétiques sans traitement médicamenteux anti-diabétique et hors ALD, qui n’étaient pas repérables dans le SNIIRAM. L’appariement de données individuelles en médecine générale et de données de remboursement a permis de mettre à jour la nécessité de réaliser des études cliniques à partir de la morbidité observée en médecine générale. C’est un apport fondamental de l’étude ECOGEN.

3.2.2 METHODE D’ECOGEN ET DES ANALYSES NECESSAIRES POUR LA THESE

Le rôle du thésard dans l’étude ECOGEN a été décrit ci-après. J’ai été membre du comité de pilotage de l’étude ECOGEN. A ce titre, ma participation a été active lors des différentes étapes détaillées ci-après. J’ai participé à la relecture du protocole de l’étude ECOGEN dans son ensemble et pour les aspects spécifiques à la coopération, comme la définition de la transférabilité.

Pour l’étude ECOGEN princeps, mon rôle a été déterminant pour les études de validation de la qualité scientifique des données de l’étude ECOGEN (études de la représentativité des maîtres de stage, double saisie des données et du codage des consultations). Pour cela, j’ai travaillé en étroite collaboration avec le Pr Laurent Letrilliart, directeur de l’étude ECOGEN et avec l’équipe de biostatistique du CHU de Lyon, représentés par les Pr René Ecochard, chef de service de biostatistique du CHU de Lyon et le Dr Mad-Hélénie Guérin, ingénieur en biostatistique.

² <http://omg.sfm.org/>. Consulté le 2.05.2019

L'une des études ancillaires d'ECOGEN a fait l'objet de mon travail de thèse d'Université sur la coopération inter-professionnelle chez les patients diabétiques de type deux. Elle consistait en l'étude de la transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes vers les autres professionnels de santé en soins primaires chez les patients diabétiques de type deux.

3.2.2.1 COLLECTE DES DONNEES DE L'ETUDE ECOGEN

3.2.2.1.1 CRITERES D'INCLUSION

Les données ont été recueillies par 54 internes de médecine générale en stage supervisé chez le praticien (niveau 1), chacun étant investigateur dans un à trois centres (terrains de stage). Ils ont été dirigés par 40 enseignants de médecine générale, dont 30 chefs de clinique universitaires.

Toutes les consultations des maîtres de stage universitaires (MSU) de ces centres, à leur cabinet ou à domicile, durant une période de 20 jours ouvrés répartis entre décembre 2011 et avril 2012, ont été incluses. Les journées d'inclusion représentaient ainsi approximativement une journée (ou deux demi-journées) de stage sur quatre journées hebdomadaires, en alternance entre les MSU si l'interne avait plusieurs terrains de stage. Était inclus tout patient vu en visite ou consultation, et ne manifestant pas son refus de participer. En cas de refus de participation, le motif était enregistré. Il était demandé à chaque interne de recueillir un minimum de 400 consultations pendant la durée de l'étude.

3.2.2.1.2 FORMATION DES INVESTIGATEURS

Les internes investigateurs ont bénéficié d'une journée et demie de formation au recueil et à la saisie des données, dans le cadre de deux séminaires inter-régionaux organisés à Lyon et Paris. Les principes de la structuration du dossier médical informatisé « orienté problème » [85] et d'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) [86] leur ont été enseignés. Ils ont bénéficié d'exercices pratiques, basés sur l'analyse de consultations filmées. Diverses situations emblématiques de médecine générale avaient été auparavant mises en scénario, puis filmées et montées. Celles-ci intriquaient des préoccupations relatives à des problèmes chroniques et à des problèmes aigus intercurrents, exprimées par le patient (au début ou en cours de consultation) ou induites par le médecin. Les internes ont été entraînés à repérer les différentes composantes de la consultation (motifs de consultation du patient, procédures de soins, résultats de consultation du médecin).

Une fiche aide-mémoire, rappelant les diverses procédures formelles nécessaires au recueil et à la saisie des données, a été remise aux internes investigateurs [87]. Durant la période de recueil des données, un forum leur a permis d'échanger sur les difficultés liées au codage et à la saisie des données, dans le but d'améliorer la qualité des données. La faisabilité du recueil et de la saisie des données avait été testée dans le cadre d'une étude pilote en mars 2011 [88].

3.2.2.1.3 RECUEIL DES DONNEES

A l'échelle internationale, le programme australien BEACH et l'étude néo-zélandaise NatMedCa ont détaillé les procédures de soins des médecins généralistes. L'étude américaine NAMCS a décrit les procédures de soins des médecins des différentes spécialités ambulatoires. J'ai réalisé le questionnaire de l'étude ECOGEN sur le modèle des questionnaires des études internationales BEACH et NatMedCa, tout en intégrant les objectifs ancillaires de l'étude ECOGEN tels que la coopération interprofessionnelle, sous l'angle du transfert de tâche ou les effets indésirables liés au soin.

Les données concernant les consultations [82], [89] ont été recueillies en texte libre sur un questionnaire papier, à la fin de chaque consultation d'un patient. Il s'agissait des variables suivantes : lieu de consultation (cabinet ou visite) ; âge, genre, catégorie socio-professionnelle et statuts d'exonération éventuelle du patient ; patient nouveau ou connu ; résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin), leur caractère nouveau ou ancien, chronique [90], et iatrogène éventuel ; pour chaque résultat de consultation, les motifs de consultation (symptômes ou plaintes du patient), les procédures de soins réalisées et programmées; pour chaque procédure, l'évaluation par l'Interne de sa transférabilité éventuelle à d'autres professionnels de santé ; durée de la consultation.

Concernant la transférabilité,[91] pour chaque procédure, l'interne a évalué sa transférabilité, c'est-à-dire la possibilité de la transférer à un autre professionnel : possible sans condition, possible sous condition, impossible ; à quel(s) professionnel(s) : infirmier, pharmacien, psychologue, secrétaire, kinésithérapeute, sage-femme, assistante sociale, autre professionnel (à préciser) ; et sous quelle(s) condition(s) : dossier médical partagé, protocole prédéfini, supervision du médecin généraliste, autre(s) condition(s) (à préciser). Le jugement de la transférabilité des procédures de soins était celui des internes, indépendamment de l'avis des MSU. La disponibilité et la formation des professionnels concernés ainsi que les conditions réglementaires étaient supposées adaptées. Le jugement s'est basé sur le niveau de complexité de la procédure et le niveau de risque pour le patient, dans le contexte réel de la consultation et non dans un cadre théorique. Une contre-évaluation de la transférabilité des procédures de soins a été réalisée par les MSU sur un échantillon de 20 consultations, un jour donné durant la première quinzaine du mois d'avril 2012, correspondant à 5,2% des consultations incluses.

Les données suivantes ont été recueillies à propos des MSU : âge, genre, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain, code postal et ville de résidence), secteur conventionnel, mode d'exercice (solo, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé), nombre annuel de consultations (selon le RIAP 2010), réception des visiteurs médicaux, réception des délégués de l'Assurance maladie.

3.2.2.1.4 SAISIE DES DONNEES

Les internes investigateurs ont saisi de façon différée (de préférence le même jour, en fin de journée) les données préalablement recueillies sur les questionnaires papier dans une base de données centralisée accessible sur un site Web dédié. Les données concernant les motifs et résultats de consultation ainsi que les procédures de soins ont été saisies sous la forme de codes de la CISP-2, avec l'assistance d'un moteur d'aide au codage en ligne proposant un choix de codes lors de la saisie d'un texte libre. Dans le cadre du contrôle de la qualité des saisies, une double-saisie a été réalisée par chaque interne investigateur sur un échantillon d'environ 20 consultations du premier jour de consultation d'une semaine de février 2012.

3.2.2.2 ANALYSES DES DONNEES

La base de données relationnelle, de format « MySQL », a bénéficié d'un contrôle qualité, qui a permis de repérer les valeurs manquantes et aberrantes. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS. Elles ont consisté à décrire la fréquence des motifs et des résultats de consultation, et leur distribution anatomique (chapitres de la CISP-2) et étiologique (composantes de la CISP-2).

L'étude de la transférabilité des procédures de soins chez les patients diabétiques de type deux était un objet spécifique de ma thèse. J'ai personnellement réalisé le protocole d'analyses et la transformation des variables au besoin ainsi que l'ensemble des analyses statistiques univariées. Le modèle multivarié multiniveau a été réalisé dans le logiciel R sous la supervision du Pr René Ecochard.

Deux études ancillaires ont donné lieu à des publications dans *exercer*. La première porte sur les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN : Thèse Laura Hsiung (Article *exercer*) (Annexe 2). La seconde étude ancillaire concernait la transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale nationale multicentrique (Thèse d'Alicia Pillot publiée dans *Exercer*). (Annexe 3)

3.2.2.2.1 ETUDE DE LA QUALITE DES DONNEES

La validation de la qualité des données collectées a été réalisée avec soin. D'une part, j'ai collaboré avec les biostatisticiens et d'autre part, j'ai participé à l'interprétation des données.

La représentativité des MSU des centres participants par rapport aux médecins généralistes français (à l'exclusion des médecins d'exercice particulier ; source : CNAM-TS) a été évaluée en comparant les distributions d'âge, de genre, de milieu d'exercice (tranches d'unité urbaine [92]), de secteur conventionnel et de volume d'activité. Les patients ayant refusé de participer ont été comparés aux patients inclus pour l'âge, le genre, les statuts ALD et CMU. Les comparaisons ont été réalisées avec un test du Chi-carré pour les variables qualitatives, avec un test de Student ou un test de Wilcoxon (en l'absence de distribution normale) pour les variables quantitatives.

J'ai été l'interlocuteur privilégié dans cette démarche pour faire le lien entre la CNAM-TS et les biostatisticiens. J'ai retravaillé la base de données concernant les caractéristiques des internes pour permettre les analyses statistiques. J'ai participé à l'interprétation des résultats.

Les résultats de l'étude de la représentativité des maîtres de stages participants ont été publiés dans *exercer* (Annexe 1). [82] Les MSU des centres participants ne différaient pas de l'ensemble des médecins généralistes français pour l'âge moyen ($p=0,89$), le genre ($p=0,41$), le milieu d'exercice ($p=0,72$), le secteur conventionnel ($p=0,75$) et le nombre annuel de consultation ($p=0,25$). Ils appartenaient néanmoins plus souvent aux classes d'âge de 40 à 44 ans et de 50 à 59 ans ($p=0,01$) (tableau 5 de l'article d'*exercer* en annexe 1).[82]

4. RESULTATS

4.1 LES FACTEURS FACILITANTS ET LES OBSTACLES A LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS PRIMAIRES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE QUALITATIVE

Ce chapitre reprend un article publié le 18 décembre 2014 dans le Journal of Public Health.[75]

L'objectif de cette revue de la littérature qualitative portant sur les professions de soins primaires hormis les infirmières était d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle en soins primaires à travers une revue systématique de la littérature qualitative. Un modèle de transition d'une coopération traditionnelle vers une coopération optimale synthétise à la fois l'évolution nécessaire ainsi que les facteurs à prendre en compte pour y arriver. (Supplementary Figure 2 in the article, c'est à dire figure supplémentaire 2 de l'article)

Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors

I. Supper¹, O. Catala², M. Lustman³, C. Chemla⁴, Y. Bourgueil⁵, L. Letrilliart¹

¹Department of General Practice, University of Lyon 1, Lyon, France

²Department of Pharmacy, University of Lyon 1, Lyon, France

³Department of Sociology, University of Lille, Lille, France

⁴Department of Psychology, University of Lyon 2, Lyon, France

⁵Institute for Research and Information in Health Economics, IRDES, Paris, France

Address correspondence to Irène Supper, E-mail: irenesupper@hotmail.com

ABSTRACT

Background The epidemiological transition calls for redefining the roles of the various professionals involved in primary health care towards greater collaboration. We aimed to identify facilitators of, and barriers to, interprofessional collaboration in primary health care as perceived by the actors involved, other than nurses.

Methods Systematic review using synthetic thematic analysis of qualitative research. Articles were retrieved from Medline, Web of science, Psychinfo and The Cochrane library up to July 2013. Quality and relevance of the studies were assessed according to the Dixon-Woods criteria. The following stakeholders were targeted: general practitioners, pharmacists, mental health workers, midwives, physiotherapists, social workers and receptionists.

Results Forty-four articles were included. The principal facilitator of interprofessional collaboration in primary care was the different actors' common interest in collaboration, perceiving opportunities to improve quality of care and to develop new professional fields. The main barriers were the challenges of definition and awareness of one another's roles and competences, shared information, confidentiality and responsibility, team building and interprofessional training, long-term funding and joint monitoring.

Conclusions Interprofessional organization and training based on appropriate models should support collaboration development. The active participation of the patient is required to go beyond professional boundaries and hierarchies. Multidisciplinary research projects are recommended.

Keywords cooperative behaviour, interprofessional relations, patient care team, primary health care/organization and administration, qualitative research

Introduction

The globally ageing population, the epidemiological transition from acute to chronic diseases, the need to reduce hospital stays and the worldwide relative shortage of physicians and allied health professionals all contribute to changing patterns of healthcare needs and demands.^{1,2} Consequently, the optimal distribution of, and collaboration between, healthcare professionals is a major challenge. In a context of limited resources, different healthcare systems have been experimenting with interprofessional collaboration in primary care to improve professional effectiveness and quality of practice among professionals.¹ Interprofessional collaboration in

primary care can be defined as an integrative cooperation of different health professionals, blending complementary competences and skills, making possible the best use of resources.³

I. Supper, PhD Student and Fellow in Primary Care

O. Catala, Associate Professor of Pharmacy

M. Lustman, Senior Lecturer in Sociology

C. Chemla, PhD Student in Psychology

Y. Bourgueil, Director of the Institute for Research and Information in Health Economics, IRDES

L. Letrilliart, Professor of General Practice

Its primary requirements are providing benefits to patients and meeting users' expectations. Quantitative findings regarding collaboration between general practitioners (GPs) and advanced nurses suggest that appropriately trained or specialized nurses can produce high-quality care, while making room for currently unmet needs.^{4–6} The findings of qualitative reviews have brought into question the routine implementation of advanced roles, formerly undertaken by GPs, among nurses, specifically in the UK, Australia and Canada. In particular, concerns have been underlined about the knowledge base and training of nurses, as well as continuity of care.^{7–10}

Collaboration with groups of health professionals other than nurses remains relatively unexplored.⁵ Due to the large volume of work published on collaboration with nurses, we focused on the other actors within the primary care team. Pharmacist-provided direct patient care has been quantitatively assessed as effective on safety and patient-based outcomes, including medication adherence, patient knowledge and health-related quality of life.¹¹ In addition, pharmacist–physician quality circles in ambulatory care are cost-effective.^{12,13} Counseling in primary care can be associated with significantly greater clinical effectiveness in short-term mental health outcomes compared with usual care^{14–16} and cause a significant reduction in the number of consultations, prescriptions and referrals to specialist care.¹⁷

It is likely that professionals' beliefs and values are determining factors for collaboration, as it is a complex process beyond the efficacy of some experimentation. It is therefore necessary to better understand actors' perceptions before implementing shared roles and responsibilities between professional groups. Informed by the experience of nurse–GP collaboration,¹⁸ our aim was to identify factors facilitating or impeding interprofessional collaboration involving other primary care professionals through a systematic qualitative review.

Methods

We conducted a systematic review of qualitative studies in primary care, based on thematic synthesis.¹⁹ The criteria for inclusion were qualitative studies published as research articles, concerning interprofessional collaboration between health professionals in primary care, available in English or French. We excluded any study unrelated to interprofessional relationships, conducted in settings other than primary care, concerning education in collaboration and quantitative research articles. We deliberately excluded studies focused on the collaboration between GPs and nurses or healthcare assistants.

Literature search

The following databases were systematically searched, up to July 2013: Medline, Cochrane library, Web of science and

PsychINFO. The search query in Medline is provided in Supplementary data, Appendix S1. We complemented this bibliographic search by reference chaining. Studies were screened by title and abstract according to the inclusion and exclusion criteria. These criteria were assessed independently by two of the authors (I.S. and L.L.), based on consensus. The selection process is reported according to the ENTREQ standard.²⁰

Quality appraisal and data extraction

The quality of the studies was appraised according to the National Health Service criteria for reporting qualitative studies, as adapted by Dixon-Woods.²¹ One point was awarded for each of the five criteria, namely aims and objectives, research design, reproducibility of findings, sufficient data and appropriate analysis. Since there is little empirical evidence on which to base decisions for exclusion, we did not exclude any study but instead integrated an assessment of the quality of the study into the review findings.

The data on study characteristics and results were manually extracted. They included the name of the first author, year, country, study design, type of participants, sample size and the context of the study (routine or experimental collaboration). We examined the context of the studies as a potential influence on the proposed solutions. The content of the articles, based on the 'results' section, but also on the abstract or the 'conclusion' in the study report, was analysed inductively, without any *a priori* 'framework'. Two of the authors (I.S. and L.L.) conducted an axial coding of the data to identify conceptual and structural analytical themes.

Results

In total, 44 articles were included in the review (Supplementary data, Figure S1). The list of included studies is provided in Supplementary data, Appendix S2. The professionals involved in the studies of collaboration with GPs were primarily pharmacists (20 articles) and mental health professionals (11); other professionals were midwives (3), physiotherapists (2), receptionists (2), social workers (3) and multidisciplinary teams (3). (Table 1). Only six studies were published before 2002. Only 23 articles investigated the perceptions of more than one professional group involved in the collaboration process, and only 13 explored the perceptions of patients.

Pharmacists

Pharmacists working in a separate practice experimented with roles in filtering, diagnosis, prescription and medication

Table 1 Included articles

<i>Author, year</i>	<i>Country</i>	<i>Study design</i>	<i>Included participants</i>	<i>Sample size</i>	<i>Quality appraisal</i>
Pharmacists					
Freeman [1] 2012	AU	I, FG	GPs, pharmacists, healthcare consumers, practice managers	58	5
Hatah [2] 2012	NZ	I	GPs	18	5
Lauffenburger [3] 2012	USA	FG	GPs, patients	36	5
Rubio-Valera [4] 2012	ES	I	GPs, pharmacists	37	5
Tarn [5] 2012	USA	FG	GPs, pharmacists, patients	72	4
Dey [6] 2011	AU	I	GPs, pharmacists	25	5
Bryant ^a [7] 2010	NZ	I	Pharmacists	20	3
Kolodziejak ^a [8] 2010	CA	FG	Pharmacists, patients, staff	NS	4
Lamberts [9] 2010	NL	I, FG	Patients	42	5
McGrath [10] 2010	USA	FG	GPs	23	4
Snyder [11] 2010	USA	I	Pharmacists	10	5
Loch-Neckel [12] 2009	BR	I	GPs, nurses, dentists	15	3
Pottie ^a [13] 2009	CA	Reports	Pharmacists	7	5
Denneboom ^a [14] 2008	NL	Q, I	GPs, pharmacists	16	5
Pottie ^a [15] 2008	CA	FG, I	GPs	12	5
Hughes [16] 2003	GB	FG	GPs, pharmacists	53	5
Porteous [17] 2003	GB	I, FG, Q	GPs, pharmacists, patients, opinion leaders, computing experts	37	2
Edmunds ^a [18] 2001	GB	I	GPs, pharmacists, project managers, local, medical and pharmaceutical committee	85	5
Kocken [19] 1999	NL	Q	GPs, pharmacists	NS	2
Hassell [20] 1997	GB	I	Patients, community pharmacy staff	NS	3
Mental health professionals					
Franx ^a [21] 2012	NL	I	GPs, psychologists, social workers, nurses, physiotherapists, psychiatrists, managers	NS	5
Peters ^a [22] 2011	GB	I	Patients, nurse therapists, supervisors	52	5
Mitchell [23] 2009	AU	FG	Non-medical service providers	41	4
Bambling [24] 2007	AU	I	GPs, mental health staff, participants from community organizations	74	3
England ^a [25] 2007	GB	I, FG	Primary care mental health workers, patients, members of primary care teams	66	5
Chew-Graham ^a [26] 2007	GB	I	GP referrers, community mental health psychiatrists and team leaders	52	5
Richards [27] 2006	GB	I, FG	Patients, professionals	46	5
Lockhart [28] 2006	AU	I	GPs and mental health workers	45	4
Lester [29] 2005	GB	FG	Health professionals, patients	92	5
Gask [30] 2005	USA	I	Primary care workers, specialist medical and nursing staff, managers, key informants	45	5
Bower ^a [31] 2004	GB	I	Managers and clinicians	46	5
Midwives					
McKenna ^a [32] 2009	GB	I	Healthcare managers (Directors of nursing, chief nurse, Directors of primary care)	26	2
Lipp [33] 2008	GB	I	Midwives and similar	12	5
Lavender [34] 2003	GB	FG	Midwives	126	5
Physiotherapists					
Holdsworth ^a [35] 2008	GB	Q	Physiotherapists, GPs	161	5
Clemence [36] 2003	GB	I	Physiotherapists, GPs, patients	22	5

Continued

Table 1 Continued

<i>Author, year</i>	<i>Country</i>	<i>Study design</i>	<i>Included participants</i>	<i>Sample size</i>	<i>Quality appraisal</i>
Receptionists					
Ward [37] 2011	GB	PO, I	Receptionists	28	5
Eisner [38] 1999	GB	I	Receptionists	20	2
Social workers					
Keefe [39] 2009	USA	FG	GPs, nurses	25	5
Kharicha [40] 2005	GB	I	Social work team managers, social workers, GPs	69	4
Holtom [41] 2001	GB	I	Managers, GPs, social workers	NS	2
Multidisciplinary					
Chan [42] 2010	AU	Q	GPs, dieticians, diabetic educators, exercise physiologists, podiatrists, psychologists, physiotherapists	74	3
Byles ^a [43] 2002	AU	I	Nurses, a social worker, an occupational therapists and a psychologist	18	5
Robertson [44] 1999	GB	FG	GPs, health visitor, social worker, a psychiatric project worker	5	1

I, Interview; FG, Focus group; PO, Participant observation; Q, Questionnaire; NS, not specified; AU, Australia; NZ, New Zealand; USA, United States of America; ES, Spain; CA, Canada; NL, The Netherlands; BR, Brasil; GB, Great Britain.

^aExperimentation, numbers in brackets refer to included studies presented in Supplementary data, Appendix S2.

management, beyond their traditional dispensing role (Table 2). Medication management encompassed group discussion, medication review or treatment adaptation. They followed up patients with chronic conditions, including asthma or diabetes, delivering patient education or monitoring treatment adherence. Three experiments integrated pharmacists into primary care practices, working alongside GPs. Instead of prescribing drugs, their new roles involved taking charge of patient education and medication management.

Facilitators

According to the health professionals interviewed, the process of team building, especially the definition of each professional mandate, should be guided by a professional pharmacist, based on principles of both a bottom-up approach and a clear acknowledged leadership. Knowledge of each other's role was a prerequisite for trustworthiness. The effectiveness of collaboration procedures had to be apparent to the actors. Adaptation of facilities and remunerations of health professionals involved was needed for good communication. Intensive multidisciplinary training at both undergraduate and postgraduate level was required to favour future collaboration.

Barriers

A lack of mandate for pharmacists' evolving roles appeared at a logistical level (time, financial support) and at the team level (relationship building). The possible conflicts of interest of pharmacists could induce a lack of legitimacy, increased by a

'public-private' conflict with GPs in Spain. Pharmacists' medico-legal responsibility placed limits on the extension of their roles to diagnosis and prescription. Both the lack of clinical information and possible threats to confidentiality were raised. A lack of training or skills was an issue for some pharmacists.

Mental health providers

Some pilot projects have considered the extended roles of primary care mental health workers (including psychologists, nurse therapists and mental health workers) from a disease-centred point of view. These professionals were responsible for following up patients with common mental health problems, long-term conditions or serious mental illness. Only a few projects had a global, patient-centred approach (Table 3).

Facilitators

A flexible model for collaborative care, built in a horizontal way and adapted to multiple stakeholders' perspectives and to the specific setting, received greater support from the team. Implementation needed coherence in patient management and active participation of actors, with the support of regular and structured meetings and coordination by a local project manager. The team members expected to reach an agreement and to be regularly trained on each other's roles.

Barriers

Overt attitudinal barriers linked to concepts specific to the team members were cited, including normal versus pathological

Table 2 Collaboration with pharmacists

<i>Author</i>	<i>Collaboration field</i>	<i>Facilitators</i>	<i>Barriers</i>
Outside primary healthcare teams			
Diagnostic management and drug prescribing			
Hughes [16]	Extended prescribing rights and involvement in services	Multidisciplinary training	Limited access and implicit hierarchy with respect to GPs Lack of awareness of pharmacists roles 'Shopkeeper' image
Edmunds [18]	Prescribing and care schemes including adherence supervision	Professionals perceiving the benefits of collaboration Remuneration	Encroachment of diagnostic or prescribing responsibility with GPs Lack of patient clinical information Variable clinical skills Threat to confidentiality Top-down approach while building the project
Hassell [20]	First contact: pharmaceutical consultation	Professionals perceiving the benefits of collaboration	
Hatah [2]	Screening, monitoring, prescribing, medication review	Perceived benefits	Fragmented patient care Workloads for GPs and pharmacists Limited benefits for patients perceived by GPs
Medication management and patient education			
Dey [6]	Asthma management	Ensuring feedback about the patient's state Face-to-face communication with GPs	GPs' primary responsibility and lack of time GPs' lack of communication and negative attitudes
Bryant [7]	Clinical medication reviews	Both professions considering global benefits	Lack of payment for pharmacists and GPs
Lamberts [9]	Introduction of chronic medication for T2DM	Patients' need for concordant information and to discuss drug-related issues Pharmacists' expertise, service and kindness	No mandate No legitimacy particularly from the business perspective No adequacy: concerns about lack of skills and confidence Internet GPs' primary responsibility and lack of time Patients' preference for relationships with nurse practitioners Pharmacists perceived mainly as distributors of medicine First contact with the pharmacy technician rather than the pharmacist Commercial image
Lauffenburger [3]	Medication therapy management	Comprehensive care Integration of the pharmacist in the team, including face-to-face communication with GPs	No reimbursement model based on the team Access to clinical information

Continued

Table 2 Continued

<i>Author</i>	<i>Collaboration field</i>	<i>Facilitators</i>	<i>Barriers</i>
McGrath[10]	Medication therapy management	Demonstrated added value of the pharmacist Training/preparation of the pharmacist	Lack of payment for medication management by pharmacists and for care coordination for GPs. Time needed to create a trusting relationship
Snyder [11]	Medication therapy management and disease state management	Pharmacist as relationship initiator Face-to-face visits discussing professional roles Trustworthiness through consistent contributions to care by pharmacists	GPs' perceived primary responsibility
Denneboom [14]	Treatment reviews	Perceived benefits of treatment reviews by both GPs and pharmacists	Difficult relationships with GPs Lack of time Opposite patients' demand and specialists' prescriptions
Porteous [17]	Electronic transfer of prescription-related information	A collaborative information sharing tool Enhanced professional role in prescription management for pharmacists	GPs' and patients' concerns about the confidentiality of medical records
Kocken [19]	Medication discussion groups	Awareness of one another's role	
Tam [5]	Medication management	Pharmacists perceived as medication experts by patients	Limited access to GPs Lack of time for communication between GPs and pharmacists Patients' concerns about confidentiality
Integrated in primary healthcare teams Medication management and patient education			
Freeman [1]	Clinical services	Training of the pharmacist Defined scope of practice, adapted legislation Support of GPs and administration	Logistical issues such as remuneration and space GPs' reluctance
Kolodziejak [8]	Clinical services	Using a stepwise guide for integration of the pharmacist into a primary healthcare team	Limited experience of team establishment No awareness of the role of the pharmacists
Loch-Neckel [12]	Pharmaceutical services associated to medication	Professionals perceiving the benefits Availability of pharmacists	Lack of previous experience or education of the team with the pharmacist's contribution
Pottie [15]	Medication assessments, drug information, academic detailing and office system enhancements	Professionals perceiving the benefits for patients and for the practice Liaison role with community pharmacies	Forensic implications Time to learn about pharmacists' role and skills Lack of space in family practice teams
Pottie [13]	Medication assessments, drug information, academic detailing and office system enhancements	Support of the mentoring pharmacist Liaison role between the family practice and the community pharmacist	Time for integration Separate practices
Rubio-Valera [4]	Clinical services	Perception of usefulness by GPs Manager's interest and continuous support Shared objectives with GPs	Professionals' negative attitude Geographical distance and unadapted legislation

Numbers in brackets refer to included studies presented in Supplementary data, Appendix S2.

Table 3 Collaboration with mental health professionals

<i>Author</i>	<i>Collaboration field</i>	<i>Facilitators</i>	<i>Barriers</i>
Franx [21]	Stepped-care model for depression	The stepped-care model Structured team meetings Positive reaction of patients to stepped care	Differing views of depression care Lack of resources Poor information systems
Peters [22]	Patients with long-term conditions	Training and supervision: access, time, funding	Adjustments to a new qualitative role Complexity of psychological or social cases
Mitchell [23]	Role of non-medical service providers	Perceived benefits	Opposite position to the putative role of specialist mental health services
Bambling [24]	Providing mental health services in a rural area	A case management system Funding for shared-care management	Differing organizational contexts and priorities Lack of appropriate staffing
England [25]	Primary care mental health workers	Strategies including multiple stakeholder perspectives	Professional isolation Tension around ownership of the role
Chew-Graham [26] Richards [27]	Community mental health teams Treatment of depression	Agreement on clearly predefined roles Providing evidence of benefits from collaborative care Experienced case managers	No process of decision-making Selection and training of skilled mental health workers Lack of physical space, time, resources GPs' anxiety of losing the delivery of care for depressed patients
Lockhart [28]	Community mental health workers		Contradictory definitions involving professional roles and mental health
Lester [29]	People with serious mental illness	Patients' view on primary care as the corner stone of their physical and mental health care	Patients' preference about continuity of care and listening skills rather than specific mental health knowledge
Gask [30]	Integrated care	Care manager Space and time for communication Developing shared mental models	Lack of financial support Medical versus personal responsibility of care Lack of gatekeeper controlled system
Bower [31]	Primary care mental health workers: client work, practice teamwork and networking	Training and supervision for the new health provider but also for the rest of the team Flexible schemes	Disagreement on expectations about primary care mental health workers Multiple professionals involved rather than relational continuity

Numbers in brackets refer to included studies presented in Supplementary data, Appendix S2.

patients, informal versus formal communication, physician versus patient responsibility or holistic client-focused versus illness-focused care model. Not only were care functions expected from mental healthcare workers, but also the functions of teaching and supporting the team. All professionals were worried about the ownership of their role, due to their attachment to maintaining continuous relationships with patients and to the lack of clear rules for choosing the right professional to be consulted. In addition, covert barriers, including financial, geographical and time constraints, were cited.

Other health providers

See Table 4.

Discussion

Main finding of this study

This review has identified conceptual and structural facilitators and barriers, either common to various professions or specific to some of them. Pharmacists, mental health workers and a few other actors involved in primary care show a common interest in interprofessional collaboration. They perceive opportunities to improve quality of care for their patients as well as their own quality of working life, and to develop new professional skills. An uneven number of studies involving pharmacists and, to a lesser extent, mental health professionals reflects the identity, autonomy and research capacity of their respective professions. Collaboration with

Table 4 Collaboration with other allied health professionals

<i>Author</i>	<i>Collaboration field</i>	<i>Facilitators</i>	<i>Barriers</i>
Midwives			
McKenna [32]	Diversification of midwifery roles	Appropriate infrastructure to support and evaluate new roles	Lack of administrative support
Lipp [33]	Medical abortion	Perceived benefits for patients by professionals Common women-centred care approach Confidentiality	Long-term secure funding Statutory obligations
Lavender [34]	Maternity care	Professionals' perceived benefits for patients Common 'philosophy of normality'	GP as a gatekeeper before midwives Womens' preference for a doctor
Physiotherapists			
Holdsworth [35]	Management of musculoskeletal care	Professionals' perceived benefits for patients	Physiotherapists' lack of experience or training Insufficient public awareness of physiotherapy for self-referral
Clemence [36]	Self-referral	Professionals' perceived benefits	Physiotherapists' responsibility of prescribing Resource implications (time, clerical support and capital investment)
Social workers			
Keefe [39]	Care for elderly	On-site and full-time social worker Benefits perceived by professionals Team awareness of the skills and training of social workers	Time required for case discussion Lack of space
Kharicha [40]	Care for elderly	Professionals' perceived benefits Awareness of the various roles	Different decision-making processes between professionals Hierarchy between GPs and social workers Lack of common office or risk of over-referral otherwise
Holtom [41]	Management of social exclusion	Shared computer system Social worker as 'liaison care manager' in the practice Global funding Joint performance monitoring of health and social care outcomes Leadership skills at the local level	Inconsistency between GPs' and social workers' lists Differing priorities Lack of mutual knowledge and respect Lack of co-location for some tasks
Receptionists			
Ward [37]	Orientation	GPs' perceived benefits	Emotional workload
Eisner [38]	Triage and management of patient emotion	Recognition of their role	Unequal status as employee
Multidisciplinary teams			
Chan [42]	Chronic care	Team consultations with the patient Empowerment of the patient	No face-to-face interactions between professionals Poor understanding of roles and capabilities of the various professionals
Byles [43]	Care for elderly	Professionals' perceived benefits	Power relations and tendency towards boundary maintenance
Robertson [44]	Mental health		Lack of communication Different expectations and agendas between professionals

Numbers in brackets refer to included studies presented in Supplementary data, Appendix S2.

midwives, physiotherapists or receptionists has been studied far less.

Nurses' extended roles have already been implemented in many collaborative projects, especially in the UK. Regarding practice nurses, targeting cost containments rather than quality improvement or establishing subordination rather than complementarity limit their satisfaction and consequently their adherence to collaborative practices.^{7,16} Substitution of doctors by nurse practitioners is constrained by difficulties in acquiring the new skills needed to address multidimensional consultations. The concept of extended roles may also apply to other primary care professionals, who usually practice with more autonomy. Broadening collaboration towards a multi-professional approach creates a need for specific joint long-term funding, training and evaluation at a team level. This approach leads to a shift from subordination to complementarity and from cost containment to meeting patients' previously unmet needs.

What is already known on this topic

Facilitators

Conceptual facilitating factors were positive attitudes and views on the interest and perceived benefits of collaborating. On the one hand, collaboration with nurses, mental health providers or social workers is partly driven by increasing primary care needs for chronic conditions, mental health or care for elderly. On the other hand, pharmacists can expect to develop more clinical activities through collaboration, since their dispensing role can be taken over via the Internet, by automatic systems or assistants.²² Primary care professionals were particularly interested in enhancing their professional role. According to members of teams involved in improving chronic illness care, the perceived effectiveness of team working is a prerequisite for collaboration and is associated with a greater number and depth of changes made to improve that care.²³ However, the actors interviewed in the articles we reviewed did not discuss the risks associated with the redistribution of roles. Indeed, this redistribution can be associated with changes in the identity of the actors, possibly leading to the assimilation of one profession by another. Professional reflexivity can be helpful to ensure these changes are implemented fairly.²²

Structural facilitating factors are shared facilities and organization. Among them, shared communication tools should be developed and adapted to the different professions involved, including social workers and receptionists. Indeed, the use of connected electronic health records, especially with a specific messaging system, can improve team communication²⁴ and consequently reduce the frequency of adverse events.²⁵ In the early stages of collaboration, time should be dedicated to communication, training, building shared views and overcoming

prejudices, to save time later on. A shared location, with a meeting space, and dedicated to collaboration, is needed. Appropriate management of the team is required, respecting an agreed team organization and statutory requirements.²⁶ It is also essential to provide global long-term funding and to monitor and assess team performance. According to our findings, some form of leadership is expected at local level rather than at central administrative level. A complementary top-down and bottom-up process for developing team capacity would be valued by the actors.

Barriers

Perceived hierarchy is the main conceptual barrier hindering collaboration. It reflects the asymmetry of the possible gains accessible through collaboration. Professionals with a higher status or autonomy, like GPs or private nurses, have fewer constraints and appear more inclined to share the decision-making process.¹⁵ To promote their integration into a primary care team, pharmacists are occasionally required to financially compensate GPs in return for permission to extend their professional field in this direction.²⁷ Focusing on patients' needs and views can prevent professionals from establishing power relationships and protecting their jurisdiction, as already demonstrated with nurses and GPs.⁸ The current feminization of the medical profession may present an opportunity to empower all team members, as women are more often inclined to a shared leadership.²⁸

Other conceptual barriers are derived mainly from a lack of definition, awareness and recognition of the role of each professional. In particular, the extent of the roles in a team is imprecise and dependent on the level of trust and integration of the professionals into this team.²⁹ As it is possible that different professionals will practice at the same stage of the patient's pathway, role superposition and replication of patient care are critical issues for professionals. Health service research targeting interprofessional team organization therefore needs to be further developed, especially with physiotherapists and midwives. Responsibilities with forensic implications represent a threat for non-physicians, when switching from an advisory role to an active clinical role in diagnosis or prescription. Data confidentiality is a matter of concern for all actors, especially GPs and patients. The risk is perceived as significant when medical data are shared with pharmacists, their assistants or social workers. As already highlighted,²² a conflict of interest can exist for the clinical pharmacists between their roles of drug prescribing and dispensing. This conflict of interest could be limited if the pharmacist works within a practice shared with GPs, independently of a community pharmacy, which implies new remuneration features.¹² Other types of cooperation with pharmacists, such as medication management,

are less problematic in this regard.¹² Patients are strongly attached to personal continuity of care centred on their GP, as already reported regarding the collaboration between nurses and GPs.⁷ The right balance between management continuity (ensuring continual availability of qualified professionals) and personal continuity (ongoing contact with the same professional) can be reached through information systems and team building.^{30,31} Differing concepts, on perceptions and priorities for patient care, can impede collaboration between advanced nurses and physicians,⁵ or between mental health and social care workers and primary care physicians.³² The traditional biomedical view of physicians frequently collides with the more psychosocial approach of mental health and social workers; therefore, the presence of a psychologist during relevant consultations may bridge these views.³³ Promoting a wellness rather than a sickness system may ultimately reconcile the primary care actors around patient expectations.⁸

What this study adds

A theoretical transition framework from traditional to optimal collaboration is provided in Supplementary data, Figure S2. Various models of collaboration, based on evolving perceptions of the primary care actors, may support the transition process.³⁴ The earliest models were limited to conceptual frameworks and did not consider outcomes assessment.³⁵ More practical models have subsequently been developed with the objective of providing comprehensive evaluative frameworks for partnership. For example, Bodenheimer's interprofessional chronic care model includes six components for assessment: self-management support, clinical information systems, delivery system redesign, decision support, healthcare organization and community resources.³⁶ Butt's model on partnership effectiveness can be evaluated using two external process measurement tools: the Partnership Self-Assessment Tool and the Team Climate Inventory.³⁷ Apart from specific models, indicators have been validated for collaboration between GPs and nurses.³⁸ Indicators of collaboration between GPs and pharmacists have been developed, especially on joint care activities, access to physicians, monitoring drug therapy and providing patient education.^{39,40} Interprofessional structure, process and outcomes indicators for more than two professions remain to be further extended in primary care, to bridge the gap between theoretical models and process, and patient outcomes.⁴¹

Only a few coordination models have been designed. The chronic care model defines the relationships between the professionals of a multidisciplinary team in primary care as well as with secondary care providers, and also includes patients as partners. A 'stepped-care' model, developed in mental health

care, attributes professional interventions according to patient illness severity. Patients' conceptions about interprofessional collaboration were investigated in less than one-third of the reviewed studies. Although disease management programs are usually based on integrated care, they are usually disease-centred rather than driven by patient needs.³² However, the primary care system should take into account patients' expectations on care organization.^{32,35} A global, bio-psychosocial perspective should be adopted for research as well as for implementation.⁴²

Changing perceptions of health professionals and building awareness of each other's roles is a long-term process, which may be facilitated by multidisciplinary training at pre- and postgraduate levels.⁴³

Limitations of this study

The literature on interprofessional collaboration is difficult to retrieve as there are no keywords both sensitive and specific to this subject. The reviewed studies were not excluded on the basis of a quality appraisal, because even studies with some methodological flaws provided valuable information.²¹ Moreover, there is no gold standard for quality appraisal of qualitative research.²⁰ Collaboration levels varied from informal to formal among the different healthcare services. Formal experimentation usually included professionals willing to participate, particularly GPs, who might not be representative of all professionals concerned. In addition, the researchers may have adopted perspectives influenced by their profession. This review itself brings together the various perspectives of the authors, as GPs, pharmacist and psychologist. Finally, the organizational framework underpinning skill-mix changes in the various professions, especially between enhancement, substitution, delegation and innovation, was rarely referred to in the articles.⁴⁴ However, these different organizational processes can be associated together and presumably share similar facilitators and barriers. Experimentation has mainly been implemented in the UK or the USA, based on capitation or on managed care. The central leadership of previously grouped professionals favours efficient collaboration. Since in these countries primary care has been organized around formalized primary care teams, some structural barriers have already been overcome and their importance may be underestimated in this review. The applicability to healthcare services based on fee-for-service or to low- or mid-income countries deserves to be explored with different management types and new coordinating roles.⁴⁵

Interprofessional organization and training based on appropriate models should support the development of efficient collaborative care, provided that outcomes are appropriately

assessed. Both the implementation of and research on collaboration in primary care should integrate the views of patients as well as of all professionals involved and should be conducted by interprofessional teams.

Supplementary data

Supplementary data are available at *PUBMED* online.

Funding

The language editing has been funded by the Department of General Practice, University of Lyon 1.

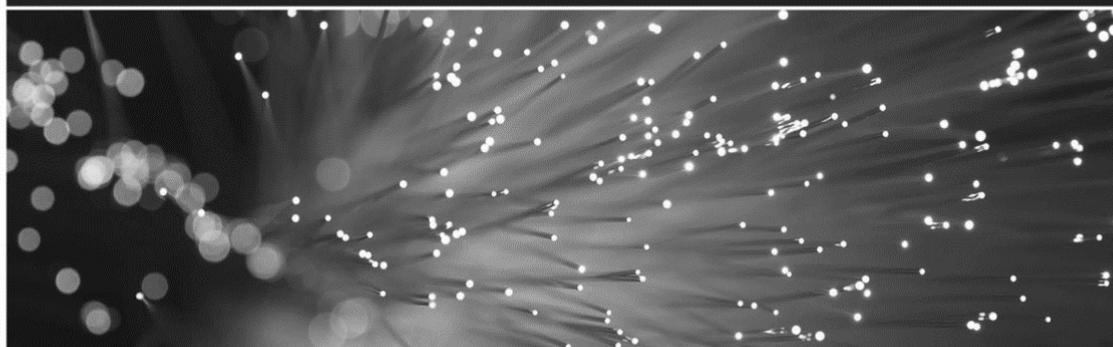
References

- World Health Organisation (WHO). *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever* [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation (WHO), 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (13 February 2014, date last accessed).
- Uddin S, Hossain L, Kelaher M. Effect of physician collaboration network on hospitalization cost and readmission rate. *Eur J Public Health* 2012;**22**(5):629–33.
- 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**(4):303–12.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R *et al.* Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;**4**:CD001271.
- Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. In: *Health Working Papers no.17*. Paris, France: OECD 2005.
- Mousques J, Bourgueil Y, Le Fur P *et al.* Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;**98**(2–3):131–43.
- Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. *J Adv Nurs* 2010;**66**(8):1658–70.
- Price K, Patterson E, Hegney D. Being strategic: utilising consumer views to better promote an expanded role for nurses in Australian general practice. *Collegian* 2006;**13**(4):16–21.
- DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R *et al.* Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadersh Tor Ont* 2010;**23**(Spec no 2010):211–38.
- Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC *et al.* An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *J Clin Nurs* 2008;**17**(20):2690–8.
- Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA *et al.* US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010;**48**(10):923–33.
- Michot P, Catala O, Supper I *et al.* Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens?: une revue systématique de la littérature. [Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review] *Santé Publique* 2013;**25**(3):331–41.
- Florentinus SR, van Hulten R, Kramer M *et al.* Which pharmacists contribute to high-level pharmacotherapy audit meetings with general practitioners? *Ann Pharmacother*. 2006;**40**(9):1640–6.
- Bower P, Knowles S, Coventry PA *et al.* Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 1996;**7**(9):CD001025.
- Winefield HR, Turnbull DA, Seiboth C *et al.* Evaluating a program of psychological interventions in primary health care: consumer distress, disability and service usage. *Aust N Z J Public Health* 2007;**31**(3):264–9.
- Chomienne M-H, Grenier J, Gaboury I *et al.* Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pr* 2011;**17**(2):282–7.
- Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;**21**(1):CD000532.
- Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE *et al.* Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Fam Pract* 2013;**14**(1):132.
- Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol* 2009;**9**(1):59.
- Tong A, Flemming K, McInnes E *et al.* Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol* 2012;**12**:181.
- Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S *et al.* Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol* 2006;**6**:35.
- Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA *et al.* *Developing Pharmacy Practice - A Focus on Patient Care* [Internet]. World Health Organisation and International Pharmaceutical Association, 2006. http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf (10 July 2013, date last accessed).
- Shortell SM, Marsteller JA, Lin M *et al.* The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Med Care* 2004;**42**(11):1040–8.
- Denomme LB, Terry AL, Brown JB *et al.* Primary health care teams' experience of electronic medical record use after adoption. *Fam Med* 2011;**43**(9):638–42.
- Zwart DLM, Steerneman AHM, van Rensen ELJ *et al.* Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. *BMJ Qual Saf* 2011;**20**(2):121–7.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;**45**(1):140–53.
- Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1988.
- Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC, van Engen ML. Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: a meta-analysis comparing women and men. *Psychol Bull* 2003;**129**(4):569–91.
- Groenewegen PP. Trust and the sociology of the professions. *Eur J Public Health* 2006;**16**(1):3–4.

- 30 Haggerty JL. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;**327**(7425):1219–21.
- 31 Burt J, Barclay S, Marshall N *et al*. Continuity within primary palliative care: an audit of general practice out of hours co-operatives. *J Public Health Oxf Engl* 2004;**26**(3):275–6.
- 32 Van Dijk de Vries A, Moser A, Mertens V C *et al*. The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract* 2012;**13**:14.
- 33 Solano L, Pirrotta E, Ingravalle V *et al*. The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation. *Men Health Fam Med* 2009;**6**(2):91–8.
- 34 Van Royen P, Rees CE, Groenewegen P. Patient centred interprofessional collaboration in primary care: challenges for clinical, educational and health services research. *Eur J Gen Pract* 2014;**1**:1–6.
- 35 D'Amour D, Ferrada Videla M, San Martin Rodriguez L *et al*. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;**19**(Suppl. 1):116–31.
- 36 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;**288**(14):1775–9.
- 37 Butt G, Markle Reid M, Browne G. Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model for measuring partnership effectiveness. *Int J Integr Care* 2008;**8**:e08.
- 38 Dougherty MB, Larson E. A review of instruments measuring nurse physician collaboration. *J Nurs Adm* 2005;**35**(5):244–53.
- 39 Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *J Am Pharm Assoc* 2004;**44**(3):358–65.
- 40 McDonough RP, Doucette WR. Developing collaborative relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc* 2001;**41**(5):682–92.
- 41 Gort M, Broekhuis M, Regts G. How teams use indicators for quality improvement – a multiple case study on the use of multiple indicators in multidisciplinary breast cancer teams. *Soc Sci Med* 2013;**96**:69–77.
- 42 Sidani S, Fox M. Patient centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care* 2013;**28**(2):134–41.
- 43 Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* 2012;**46**(1):58–70.
- 44 Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy* 2004;**9**(Suppl. 1):28–38.
- 45 Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP *et al*. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health* 2011;**9**(1):1.

Quality & speed

Advance Access publication from Oxford Journals

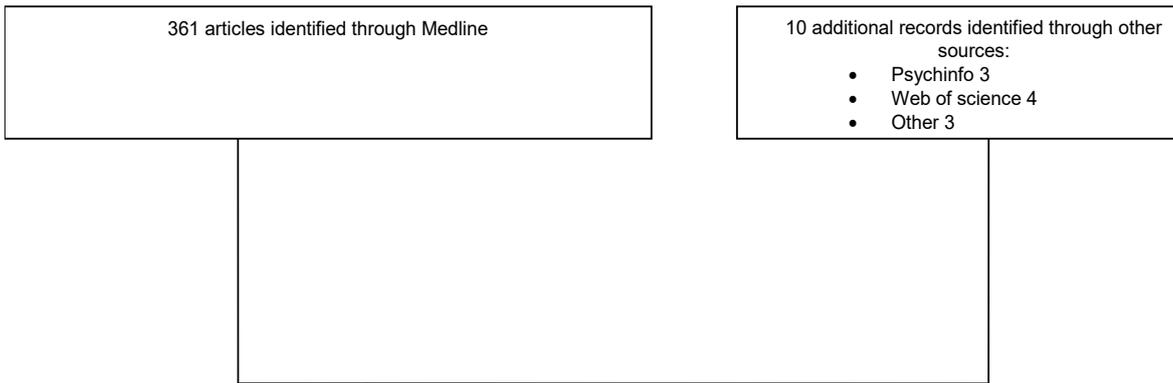


Articles published online ahead of print are available to read and cite with Advance Access.

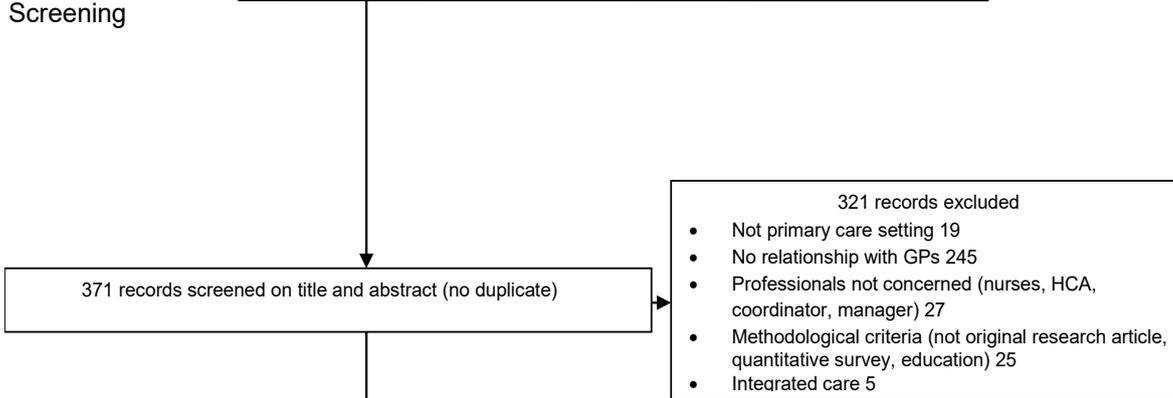
www.oxfordjournals.org

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

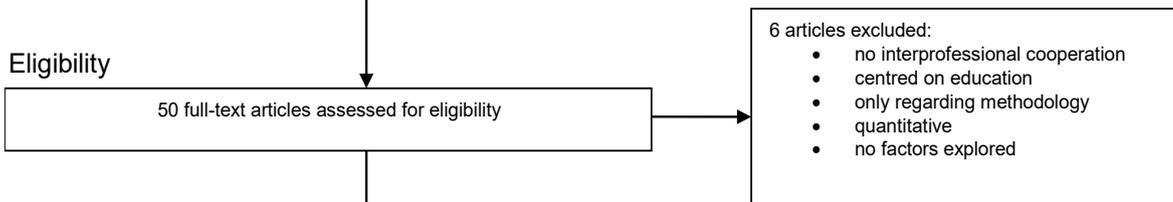
Identification



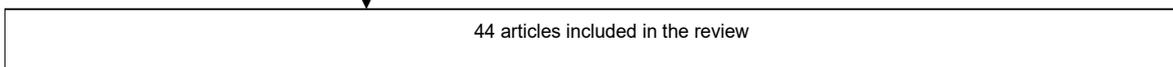
Screening



Eligibility



Included



Supplementary Figure 1 Flow diagram of study inclusion
(online supplementary information)

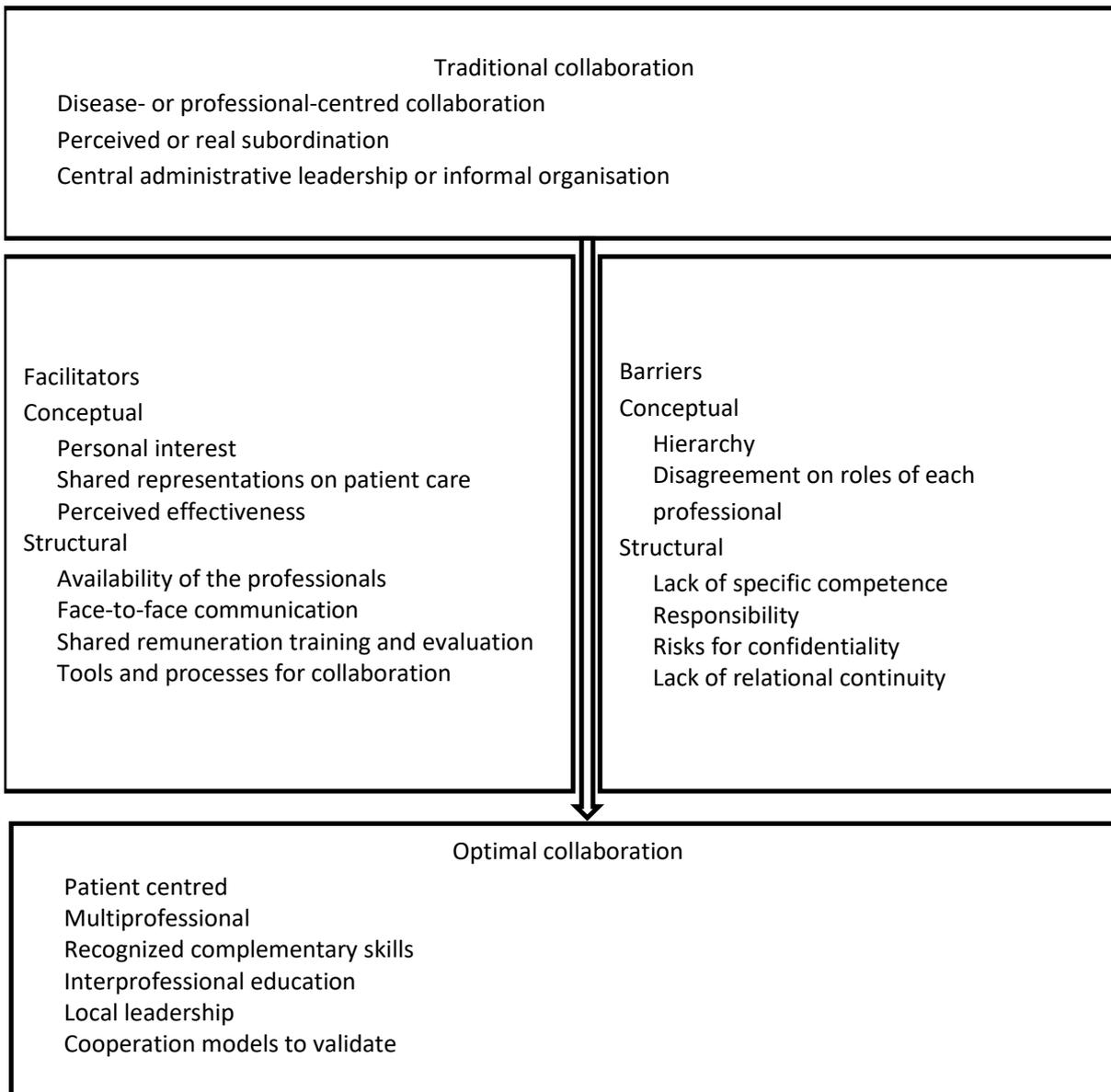


Figure 2 Synthesis at patient-individual professional level, organizational level and Health Services Research level

(online supplementary information)

Appendix 2 (online supplementary information): List of studies included in the systematic review (1-44)

- 1 Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, Williams I, Nissen L. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice managers. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:229.
- 2 Hatah E, Braund R, Duffull S, Tordoff J. General practitioners' perceptions of pharmacists' new services in New Zealand. *Int J Clin Pharm* 2012; 34:364–73.
- 3 Lauffenburger JC, Vu MB, Burkhart JI, Weinberger M, Roth MT. Design of a medication therapy management program for Medicare beneficiaries: qualitative findings from patients and physicians. *Am J Geriatr Pharmacother* 2012; 10:129–38.
- 4 Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernandez A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:188.
- 5 Tarn DM, Paterniti DA, Wenger NS, Williams BR, Chewing BA. Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. *Int J Pharm Pract* 2012; 20:285–93.
- 6 Dey RM, de Vries MJ., Bosnic-Anticevich S. Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *Int J Pharm Pr* 2011; 19:21–9.
- 7 Bryant L, Coster G, McCormick R. Community pharmacist perceptions of clinical medication reviews. *J Prim Health Care* 2010; 2:234–42.
- 8 Kolodziejak L, Rémillard A, Neubauer S. Integration of a primary healthcare pharmacist. *J Interprof Care* 2010; 24:274–84.
- 9 Lamberts EJF, Bouvy ML, van Hulten RP. The role of the community pharmacist in fulfilling information needs of patients starting oral antidiabetics. *Res Soc Adm Pharm RSAP* 2010; 6:354–64.
- 10 McGrath SH, Snyder ME, Dueñas GG, mith RB, McGivney MS. Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc* 2010; 50:67–71.
- 11 Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Soc Adm Pharm* 2010; 6:307–23.
- 12 Loch-Neckel G, Crepaldi MA. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. *Braz J Pharm Sci* 2009; 46:263–72.
- 13 Pottie K, Haydt S, Farrell B, et al. Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. *Res Soc Adm Pharm* 2009; 5:319–26.
- 14 Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, De Smet PAGM. Comparison of two methods for performing treatment reviews by pharmacists and general practitioners for home-dwelling elderly people. *J Eval Clin Pract* 2008; 14:446–52.
- 15 Pottie K, Farrell B, Haydt S, et al. Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. *Can Fam Physician* 2008; 54:1714–1717.

- 16 Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract* 2003; 53:600–6.
- 17 Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannaford P, Reiter E. Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists. *Br J Gen Pract* 2003; 53:204–9.
- 18 Edmunds J, Calnan MW. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2001; 53:943–55.
- 19 Kocken GAL. Medication discussion groups in the Netherlands: five years of experience. *Med Educ* 1999; 33:390–3.
- 20 Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. A pathway to the GP: the pharmaceutical ‘consultation’ as a first port of call in primary health care. *Fam Pract* 1997; 14:498–502.
- 21 Franx G, Oud M, de Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implement Sci* 2012; 7:8.
- 22 Peters S, Wearden A, Morriss R, et al. Challenges of nurse delivery of psychological interventions for long-term conditions in primary care: a qualitative exploration of the case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalitis. *Implement Sci* 2011; 6:132.
- 23 Mitchell P. Mental health care roles of non-medical primary health and social care services. *Health Soc Care Community* 2009; 17:71–82.
- 24 Bambling M, Kavanagh D, Lewis G, et al. Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Aust J Rural Health* 2007; 15:126–30.
- 25 England E, Lester H. Implementing the role of the primary care mental health worker: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2007; 57:204–11.
- 26 Chew-Graham C, Slade M, Montana C, Stewart M, Gask L. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:117.
- 27 Richards DA, Lankshear AJ, Fletcher J, et al. Developing a U.K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:296–305.
- 28 Lockhart C. Collaboration and referral practices of general practitioners and community mental health workers in rural and remote Australia. *Aust J Rural Health* 2006; 14:29–32.
- 29 Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients’ and health professionals’ views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330:1122.
- 30 Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med* 1982 2005; 61:1785–94.
- 31 Bower P, Jerrim S, Gask L. Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health Soc Care Community* 2004; 12:336–45.
- 32 McKenna H, Keeney S, Hasson F. Health care managers’ perspectives on new nursing and midwifery roles: perceived impact on patient care and cost effectiveness. *J Nurs Manag* 2009; 17:627–35.

- 33 Lipp A. A woman centred service in termination of pregnancy: a grounded theory study. *Contemp Nurse* 2008; 31:9–19.
- 34 Lavender T. An exploration of midwives' views of the current system of maternity care in England. *Midwifery* 2004; 20:324–34.
- 35 Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy* 2008; 94:236–43.
- 36 Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. *Fam Pract* 2003; 20:578–82.
- 37 Ward J, McMurray R. The unspoken work of general practitioner receptionists: A re-examination of emotion management in primary care. *Soc Sci Med* 2011; 72:1583–7.
- 38 Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? *Br J Gen Pr* 1999; 49:103 – 106.
- 39 Keefe B, Geron SM, Enguidanos S. Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Soc Work Health Care* 2009; 48:579–96.
- 40 Kharicha K. Tearing down the Berlin wall: social workers' perspectives on joint working with general practice. *Fam Pract* 2005; 22:399–405.
- 41 Holtom M. The partnership imperative: joint working between social services and health. *J Manag Med* 2001; 15:430–45.
- 42 Chan BC, Perkins D, Wan Q, et al. Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. *Int J Qual Health Care* 2010; 22:519–24.
- 43 Byles JE, Francis L, McKernon M. The experiences of non-medical health professionals undertaking community-based health assessments for people aged 75 years and over. *Health Soc Care Community* 2002; 10:67–73.
- 44 Robertson NA. Opportunities and constraints of teamwork. *J Interprof Care* 1999; 13:311–8.

4.2 IMPACT DE LA MULTIMORBIDITE SUR LE POTENTIEL DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE DIABETE DE TYPE 2 EN SOINS PRIMAIRES : UNE ETUDE FRANÇAISE TRANSVERSALE

Après une étude qualitative de la collaboration interprofessionnelle, nous avons réalisé une mise en miroir avec l'exercice pratique des soins primaires pour aboutir à des propositions de collaboration issues de la pratique et pour la pratique.

L'étude des facteurs conceptuels et structurels de la collaboration interprofessionnelle à partir de la revue de la littérature qualitative a permis de mettre en lumière les conditions du renforcement de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires. Nos résultats montrent que le développement de la collaboration interprofessionnelle peut être limité par une approche trop centrée sur les professionnels ou la maladie, une subordination perçue ou supposée, notamment des professions non médicales, et une organisation centralisée administrative, ou à l'extrême très informelle. La collaboration interprofessionnelle serait à l'inverse renforcée par une approche centrée sur les besoins et attentes du patient partenaire et soutenue par la mise en évidence de l'efficacité de la collaboration auprès des professionnels. La coopération interprofessionnelle passe par la reconnaissance de la complémentarité des compétences, à partir d'une formation interprofessionnelle conséquente, avec un leadership local (professionnel) et en s'appuyant sur des modèles théoriques et des outils adaptés.

Une limite de cette revue de la littérature ciblant principalement les articles en langue anglaise est l'absence de travaux effectués en France. L'applicabilité au contexte français peut donc être questionnée. En particulier, le système français présente la spécificité d'un exercice libéral, associé au paiement à l'acte, pour la quasi-totalité des professionnels de soins primaires. La confrontation des facteurs favorisant et des freins mis en évidence dans ce travail a abouti aux réflexions suivantes concernant l'applicabilité au contexte français.

En France, par rapport au contexte professionnel, le principal frein au développement du travail en équipe est une organisation morcelée des soins, fondée sur un exercice majoritairement libéral des professionnels de la prise en charge des patients, plutôt que sur un exercice salarié. Les professionnels exercent selon un mode isolé et sont rémunérés à l'acte. Néanmoins, l'évolution vers le regroupement des professionnels de santé en équipes, qui fait l'objet d'une politique volontariste, et l'introduction de paiements collectifs ou de la reconnaissance des coûts de la coordination par l'installation de forfaits, favorise l'émergence de pratiques pluriprofessionnelles.

Sur le plan organisationnel, le fonctionnement en équipe nécessite des outils (protocoles, dossiers informatisés partagés, logiciels pluriprofessionnels), pour lesquels des évolutions constantes sont en cours et promues par les instances nationales (versions des logiciels pluriprofessionnels selon les standards de l'ASIP Santé et de la HAS).

Sur le plan institutionnel, l'organisation des soins sur les territoires est principalement déterminée par les principes de la médecine libérale avec une division du travail déterminée par la définition juridique des champs d'exercices et des tâches qui ne favorise pas la coopération. Ces principes d'organisations sont reflétés par les négociations monocatégorielles et laissent peu à peu place à une organisation plus structurée pluriprofessionnelle. Des évolutions voient le jour avec la signature de l'accord-cadre pluriprofessionnel et des mesures visant à organiser l'offre de soins selon les catégories professionnelles. C'est ainsi que sont développées des incitations à l'installation en zones difficiles pour les kinésithérapeutes³, les médecins, mais aussi des restrictions à l'installation pour certaines catégories professionnelles comme les infirmières, les sages-femmes ou les kinésithérapeutes. Les ARS ont la responsabilité d'assurer leur soutien à la mise en place des maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que des communautés professionnelles territoriales de santé.

Concernant l'aspect économique actuel en France, le système de paiement à l'acte évolue vers un système de rémunération mixte, associant paiement à la performance, rémunérations forfaitaires liées à la patientèle et rémunération du travail en équipe pour les projets de santé des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces systèmes de financements de la coopération interprofessionnelle et les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, bien identifiés comme un enjeu majeur pour le développement de la collaboration interprofessionnelle dans la revue qualitative, ont pour objet de renforcer la collaboration interprofessionnelle. Ces problématiques de financements constituent néanmoins toujours un frein à la mise en place pérenne de ces dispositifs de coopération, plus particulièrement en France. [39]

Une seconde limite de cette revue de la littérature est de ne pas avoir traité les préférences des patients vis-à-vis de ces évolutions. Pourtant, l'élaboration d'une offre de services médicaux respectueuse des préférences des patients, et plus globalement de la population, constitue un enjeu de santé publique, dans la mesure où une meilleure prise en compte des préférences doit aboutir à une plus grande satisfaction des usagers envers le système de santé, à une diminution des dépenses médicales et à de meilleurs résultats de santé. C'est également un moyen puissant pour mobiliser les équipes et pour définir les objectifs du travail en équipe.

Etant donné les spécificités du système de santé en France, l'absence de travaux français identifiés dans la revue de la littérature, il nous a paru nécessaire d'explorer les possibilités de collaboration interprofessionnelle en médecine générale du point de vue des médecins généralistes et à partir de leur pratique quotidienne. Nous avons discuté ces résultats, au regard des enseignements de la littérature. Notre objectif était ensuite de proposer des pistes concrètes de collaboration issues de la pratique quotidienne en médecine générale, incluant à la fois les rôles, les tâches et les compétences à mettre en œuvre par les professionnels.

³ <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/processus-installation>

L'étude ECOGEN a permis de recueillir les motifs de consultations des patients et l'ensemble de leurs problématiques de santé pour lesquelles une prise en charge était nécessaire lors de leur consultation, que ce soient les motifs formulés par les patients (et encodés selon la CISP par les investigateurs), mais aussi les motifs de consultations supplémentaires initiés par le médecin généraliste en réponse à la situation clinique du patient, comme par exemple les actes de prévention de type dépistages ou les vaccins.

C'est pourquoi une étude de la coopération potentielle à partir de la demande de soins des patients interprétée par les médecins au cours de l'activité quotidienne du médecin généraliste, a été réalisée, du point de vue des professionnels, plus particulièrement à travers le regard des internes de médecine générale investigateurs formés pour l'étude.

Ce chapitre présente un article publié dans la revue BMJ Open le 21.02.2017.

L'objectif de cette revue de cette étude transversale était d'évaluer la transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes vers d'autres professionnels de santé, et d'identifier les facteurs déterminants cette transférabilité.

Les principaux éléments de discussion abordés étaient d'une part la place prépondérante des procédures préventives comme procédures potentiellement éligibles au transfert. D'autre part, la nécessité d'évoluer d'une approche des systèmes de santé par pathologie vers une approche plus globale de la personne dans son ensemble.

BMJ Open Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study

Irène Supper,^{1,2} Yann Bourgueil,³ René Ecochard,⁴ Laurent Letrilliart¹

To cite: Supper I, Bourgueil Y, Ecochard R, *et al*. Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study. *BMJ Open* 2017;0:e016545. doi:10.1136/bmjopen-2017-016545

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016545>).

Received 21 February 2017

Revised 13 July 2017

Accepted 21 July 2017



CrossMark

¹Department of General Practice, Université Claude Bernard, Lyon, France

²Univ. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

³Institute for Research and Information in Health Economics, Paris, France

⁴Department of Biostatistics, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Correspondence to

Dr Irène Supper;
irenesupper@hotmail.com

ABSTRACT

Objectives To estimate the transferability of processes of care from general practitioners (GPs) to allied healthcare professionals and the determinants of such transferability.

Design French national cross-sectional multicentre study

Setting 128 family practices providing supervised training for residents in general practice.

Participants All patients consulting with their GP over a total number of 20 days (ie, 1 day a week from December 2011 to April 2012). Encounters where type 2 diabetes was one of the managed health problems were selected for analysis.

Primary and secondary outcome measures Processes that were associated with specific health problems were collected by 54 residents. Potential process transferability was the main outcome assessed, as well as the professionals involved in the collaboration and the eventual conditions associated with transfer.

Results From 8574 processes of care that concerned 1088 encounters of patients with diabetes, 21.9% (95% CI 21.1% to 22.8%) were considered eligible for transfer from GPs to allied healthcare professionals (78.1% to nurses, 36.7% to pharmacists). Processes were transferable with condition(s) for 70.6% (ie, a protocol, shared record or supervision). The most transferable processes concerned health maintenance (32.1%) and cardiovascular risk factors (hypertension (28.7%), dyslipidaemia (25.3%) and diabetes (24.3%)). Multivariate analysis showed that educational processes or a long-term condition status were associated with increased transferability (OR 3.26 and 1.47, respectively), whereas patients with higher intellectual occupations or those with two or more associated health problems were associated with lower transferability (OR 0.33 and 0.81, respectively).

Conclusions A significant part of GP activity relating to patients with multimorbidity including type 2 diabetes could be transferred to allied healthcare professionals, mainly on prevention and global education to cardiovascular risk factors. The views of patients and healthcare professionals on organisational and finance conditions of teamwork must be explored before implementation in primary care.

BACKGROUND

Among other chronic diseases, the worldwide prevalence of type 2 diabetes is expected

Strengths and limitations of this study

- Multicentre national study
- A large sample of 1088 diabetes patient–physician encounters from 128 representative GP practices
- A practice-based analysis of health problems and associated processes of care
- Contextualised practice-based data regarding process of care transferability
- Subjectivity of the judgement of transferability by residents

to increase from 171 million in 2000 to 366 million in 2030.^{1,2} As an independent risk factor, diabetes doubles the risk of cardiovascular disease.³ To tackle the epidemiological transition from acute to chronic conditions such as diabetes, health policymakers have considered the merits of changing the skill mix in primary care by delegating or transferring certain tasks from general practitioners (GPs) to other primary healthcare professionals.⁴ Such an approach is expected to address workforce shortages as well as help to meet overwhelming demands for high-quality affordable care.⁴ Presently, task delegation or transfer tends to evolve towards different forms of skill mix (changing role as substitution, delegation, enhancement or introduction or changing interfaces between services as transfer, relocation, liaison⁴ and more broadly interprofessional collaboration).⁵ In Europe, interprofessional collaboration is defined as cooperation among different healthcare professionals, integrating complementary competences and skills to make the best possible use of resources.⁵

Delegation of certain tasks that were previously performed by GPs to nurses has been associated with an improvement in short-term surrogate endpoints in patients with type 2 diabetes.^{6,7} In primary care in France, the delegation of diabetes follow-up and

therapeutic education to practice nurses led to improved HbA_{1c} levels in patients.⁸ In the Netherlands, delegation of routine diabetes care to practice nurses combined with computerised decision support and performance feedback to GPs reduced cardiovascular risk but did not improve HbA_{1c} levels.⁹ In a 2010 review that was focused mainly on the UK, the use of nurses to partly replace GPs in providing diabetes care was shown to have a positive impact on glycaemic control in patients with diabetes.¹⁰ The pharmaceutical care model, an alternative method of diabetes management whereby all information relating to diabetes management is provided exclusively by a pharmacist, has been tested but without long-term in-depth evaluation.^{10 11}

Quality improvement strategies that target health systems have a higher impact on HbA_{1c} levels than strategies that focus on individual professionals.¹² Multidisciplinary approaches for team changes, including the expansion or revision of professional roles (eg, a more active role for nurses or pharmacists in monitoring patients or adjusting drug regimens) have been shown to improve glycaemic control, low-density lipoprotein levels, blood pressure and weight.¹²⁻¹⁴ In North America, multidisciplinary teams involved in a physical activity self-management programme for primary care patients with multimorbidity and diabetes were associated with a reduction in HbA_{1c}, weight or frailty.¹⁵ However, high-quality evidence on long-term morbimortality outcomes is still needed. Task delegation for patients with diabetes is already widely implemented in several countries, including the USA and the UK, but less widely in France and Germany. In France, primary care is traditionally characterised by the predominance of private practices for GPs as for allied professions, which all operate under a fee-for-service system. Patients pay a fee to professionals and are then reimbursed by the mandatory national health coverage and complementary insurances. Those with long-term conditions or low incomes or migrants benefit from a fee exemption status. Historically established in solo practices, the majority of GPs now work in small groups.¹⁶ Some of them (around 10%) tend to engage in interprofessional group practices which support team work and skill mix innovation, with public policy support, while in other countries such as Canada, interprofessional group practices have already become generalised as the gold standard of care.¹⁷ Nevertheless, the scalability and modalities of task delegation in common primary care practices in the French context (ie, different primary care professionals in different locations), including the multimorbidity of patients with chronic disease, need to be assessed.¹⁸

The issue of task delegation can be considered at both the patient and practice levels. At the patient level, task delegation must be individually tailored due to the fact that 40–90% of patients have multimorbidity in routine primary care encounters.¹⁹⁻²¹ Multimorbidity is defined as any combination of chronic disease with at least one other disease (acute or chronic) or biopsychosocial factor

(associated or not) or somatic risk factor.²²⁻²⁴ To address the complexity associated with multimorbidity in primary care, it is necessary to focus on the health problems that are relevant at the point of care^{21 24 25}—that is, those health problems that influence clinical management.

At the practice level there is a lack of evidence regarding the needs of individual patients and, consequently, the most adapted skills in response to these needs. The means of combining various team changes (expansion or revision of professional roles) are yet to be studied.¹²

A practice-based research approach would seem to be necessary, including a reflection on the appropriateness of transferring the various tasks previously undertaken by GPs to allied healthcare professionals. The aim of this study was to investigate the transferability of healthcare tasks (or processes of care), from the perspective of GPs, from GPs to allied healthcare professionals, and to identify the factors that determine that transferability.

METHODS

This study of patients with type 2 diabetes ('diabetes') formed part of the French multicentre ECOGEN study (Etude des Eléments de COnsultation en médecine GENérale), which was conducted from December 2011 to April 2012. Details of the cross-sectional ECOGEN study design have been published previously.²⁶ The ECOGEN study was conducted in a nationally representative sample of 128 GP practices across France, where participants received their usual care from their GP. The study investigators were 54 voluntary GP residents (ie, trainees specialising in family practice under direct supervision), who observed the consultation and collecting data on the usual care provided by their 128 GP trainers. Each resident was placed in two or three different practices and no practice had more than one resident.

Within each practice, all consecutive patients seeking care, including children and adults, were recruited to participate in the ECOGEN study. The ECOGEN database only recorded encounters and any related health problems managed, provided that the patient encounter involved its management through at least one process of care. Patient morbidity which did not result in any process of care during the encounter (past medical history or health problems not related to the encounter) were not recorded. During data analysis we selected patients from the ECOGEN database who had a diagnosis of type 2 diabetes for inclusion in this nested study. A total of 168 (0.8%) patients declined to participate in the ECOGEN study due to the requirement that a trainee doctor be present during the consultation. During a 2-day seminar the study investigators (ie, resident trainees) were trained to collect and code structured consultation data according to the requirements of the International Classification of Primary Care (ICPC-2) to analyse the potential for task delegation and to record data in a central database using a digital encoding engine.²⁷ The five types of

processes were secondarily binary recoded as preventive versus non-preventive processes of care.

Data collection and recording

The ECOGEN study investigators directly observed 20 613 patient–GP encounters ('encounters'), regardless of the reasons for each encounter, over a total number of 20 days during the study period (ie, 1 day a week over 5 months). The processes of care ('processes') were all tasks carried out by the GP relating to the health problems that were managed during the encounters. The term 'process of care' includes preventive, diagnostic, curative, administrative and coordinative tasks, referred to as processes or procedures in the ICPC-2 (see online Supplementary appendix 1).²⁷ Health problems, which were assessed as being either a symptom or a diagnosed health issue, were recorded in the study if they generated at least one process of care. Study investigators collected data relating to individual encounters (place, date and reasons for the encounter, diagnostic assessment, processes), individual patient characteristics (gender, age, existing or new patient, profession, fee-exemption status) and individual GP characteristics (age, gender, solo or group practice, location, number of annual patient encounters, use of fixed fees vs variable fees). The ICPC-2 was used to classify the observed processes of care used in the encounter.²⁷ The patient occupations were recorded according to the French classification of Occupations and Socio-occupational Categories described by the National Institute of Statistics and Economic Studies.²⁸ Categories are: (1) farmers; (2) tradesmen, shopkeepers and heads of businesses; (3) managers and higher intellectual professions; (4) associate professionals; (5) services, sales and administrative employees; (6) workers; (7) retired; (8) others not in work. Category (3) encompasses managers and higher intellectual professions (ie, self-employed professionals and allied: civil service managers, intellectual and artistic professions, managers in businesses).

A record was made of patients who had medical fee exemption status that covered long-term health conditions or low income status. The term 'multimorbidity' is used in this study to denote the numerous health problems managed during the encounters including chronic, acute and preventive situations. This definition differs from the EGPRN definition as we refer to health problems managed during the consultation and not all patients' health problems.²² The study investigators evaluated the potential transferability of each process of care from the physician to an allied healthcare professional, where transferability of a process of care is deemed to be whether it is possible for it to be performed by a healthcare professional other than a GP, either by delegation or substitution. Delegation is moving a task up or down a traditional monodisciplinary ladder, with shared responsibility. Substitution

expands the breadth of a job, in particular by working across professional divides or exchanging one profession for another, including the acceptance of new responsibility.⁴ Transferability assessment was encoded as not transferable, transferable without conditions or transferable with conditions (ie, supervision by a GP and/or availability of shared medical support and/or a predefined protocol or else (to precise in free text)). Predefined protocols, at the initiative of professionals from the field, have to describe the derogatory task delegation and the involved healthcare professionals, according to the current legislation.²⁹ If the task was judged transferable by the investigators, they had to indicate the various potential professionals concerned: nurse, pharmacist, psychologist, secretary, physiotherapist, midwife, social worker, and or other professionals (specified verbatim). This assessment was based on the residents' judgement in the context of the specific encounter, while assuming an acceptable availability of trained professionals and that the legal requirements were fulfilled. The judgement of the residents was based on the level of complexity and the risk associated with each process.

Analysis of data

Study authors parsed and analysed the data on all encounters for patients with diabetes being managed by their GP. Transferability was assessed for each process of care (ie, task) and analysed according to health problems, processes and involved professionals. The unit of analysis was the process of care. We measured the mean transferability of the processes of care associated with each health problem managed, including diabetes and any comorbidity. It was not possible to link patient records across the various encounters because the unit of analysis was the processes of care of the encounter and not the patient. For univariate analysis, the transferability according to mean age, number of health problems managed and processes was analysed with a Student's t-test and the categorical variables were compared with a χ^2 test. The generalised linear mixed-model fit by maximum likelihood (Laplace approximation) was adjusted for the clustering of patients by resident. The transferability of processes formed the dependent dichotomous variable. Explanatory independent variables were introduced into the model according to a forward stepwise selection. Processes of care were categorised into the following five groups: preventive, diagnostic, curative, coordinative and administrative. No interaction was found between the variables in the multivariate model. Analyses were computed using SPSS 25 software for univariate analysis and R 3.3.2 software for mixed models. This study received ethical approval and associated registration numbers from both the National Committee on Informatics and Freedom (CNIL, no 1549782) and the Committee

for the Protection of Persons (CPP, no L11-149). No patient informed consent was required by these committees.

RESULTS

Among the 20613 encounters recorded in the ECOGEN database, 1088 (5.3%) included the management of patients with diabetes. There were 1088 encounters, 8574 processes of care and 4038 health problems. These 1088 encounters were conducted by 128 GPs who assessed 4038 managed health problems including diabetes (a mean of 3.7 different health problems managed per encounter). GPs performed or prescribed 8574 processes of care (7.9 processes per encounter). Among these processes, 37.0% were related to diabetes and 63.0% were related to comorbidities. These encounters concerned patients with a mean (SD) age of 68.3 (11.6) years (range 28–100 years) in the following age categories: <45: 26 (2.4%); 46–55: 125 (11.5%); 56–65: 304 (27.9%); 66–75: 306 (28.1%); 76–85: 262 (28.1%); >86: 65 (6%). From these encounters, 52.8% were men, 98.4% were known by the physician, 81.4% benefited from a fee-exemption status due to suffering from a long-term condition and 2.6% due to low income; the encounters took place at the primary care practice in 88.8% of cases and at home for the remaining cases. The encounters had a mean (SD) duration of 19.1 (9.4) min.

Global transferability

The mean potential transferability for all these processes of care was 21.9% (95% CI 21.1% to 22.8%) for all health problems (24.6% (95% CI 23.1% to 26.1%) for diabetes

and 20.3% (95% CI 19.3% to 21.4%) for comorbidities). A subsample of 63 encounters (5.8%) concerned diabetes without multimorbidity which included 226 (2.6%) processes. Among these, the mean potential transferability was 25.2% (95% CI 19.5% to 30.9%).

Transferability according to health problems

Diabetes, together with the 10 most frequently associated health problems managed during the encounter, represented 64.5% of all health problems managed in the encounters. Processes associated with 'health maintenance/prevention' were potentially considered the processes most suitable for transfer (32.1%) and included preventive care processes such as prescription or provision of immunisation and the prescription of cancer screening (see online Supplementary appendix 2). Processes associated with major cardiovascular risk factors followed, with a transferability of 28.7% for hypertension, 25.3% for lipid disorders and 24.3% for diabetes. These three risk factors represented 57.5% of the 4038 health problems that were managed and they accounted for 49.4% of all processes (table 1).

Transferability according to process of care

There were 8754 processes of care, of which 3176 were related only to type 2 diabetes and 5396 to the other health problems managed during the encounter. The 10 most frequently involved processes accounted for 8061 (94.0%). The 1747 top 10 transferable processes represented 92.9% of all 1880 processes considered potentially transferable. Therapeutic counselling and health education were considered the potentially most transferable processes for both diabetes (53.0% and 48.3%,

Table 1 Ten most frequently managed health problems ranked by transferability of processes of care

Managed health problems (n=4038)	n (%)	Transferability* (%)	Main process transferred	Main healthcare professionals considered
Health maintenance/preventive medicine	170 (4.2%)	32.1%	Immunisation: provision or prescription	Nurse
Hypertension uncomplicated	559 (13.8%)	28.7%	Therapeutic education	Nurse
Atrial fibrillation/flutter	58 (1.4%)	27.6%	Prescription of the INR/interpretation	Nurse
Lipid disorder	338 (8.4%)	25.3%	Therapeutic education	Nurse
Diabetes	1098 (27.2%)	24.3%	Therapeutic education	Nurse
Depressive disorder	76 (1.9%)	23.6%	Therapeutic education	Psychologist
Sleep disturbance	64 (1.6%)	22.8%	Medication prescription	Nurse, pharmacist
Osteoarthritis other	46 (1.6%)	19.7%	Analgesic prescription	Pharmacist
Hypertension complicated	73 (1.8%)	17.3%	Blood pressure assessment	Nurse
Ischaemic heart disease without angina	63 (1.6%)	13.2%	Medication prescription or renewal	Nurse
Hypothyroidism/myxoedema	59 (1.5%)	12.1%	Medication renewal	Nurse, pharmacist
Total	2604 (64.5%)	22.4%	Therapeutic education	Nurse

*Mean % of transferability of the 8574 processes of care related to the specific health problem.

Table 2 Ten most frequent processes of care ranked by the transferability of processes of care related to diabetes

Processes (n=8574)	Diabetes processes (n=3176)	Transferable diabetes processes, n (%) (n=782)	Comorbidities processes (n=5396)	Transferable comorbidities processes, n (%) (n=1098)
Therapeutic counselling/listening	134	71 (53.0%)	209	81 (38.8%)
Health education/advice/diet	122	59 (48.4%)	135	53 (39.3%)
Results test/procedure	293	83 (28.3%)	186	40 (21.5%)
Blood test	548	154 (28.1%)	310	52 (16.8%)
Administrative procedure	45	10 (22.2%)	71	14 (19.7%)
Urine test	28	6 (21.4%)	10	1 (2.6%)
Medication/prescription/renewal/injection	944	193 (20.4%)	2249	422 (18.8%)
Partial medical examination	715	144 (20.1%)	1475	326 (22.1%)
Referral to physician/specialist/clinic/hospital	88	12 (13.6%)	114	4 (3.5%)
Complete medical examination	132	12 (9.1%)	253	10 (4.0%)
Total top 10 (n=8061; 21.7%)	3049	744 (24.4%)	5012	1003 (20.0%)

respectively) and other morbidities (38.8% and 39.3%, respectively). Blood and urine tests, referral to a physician or a complete medical examination were considered potentially transferable more frequently when they were related to diabetes than to comorbidity (table 2).

Transferability according to health professional

A total of 78.1% of all potentially transferable processes were considered transferable to nurses and 36.7% to pharmacists. In cases of diabetes and multimorbidity, therapeutic counselling and health education were the processes that were most frequently considered potentially transferable to nurses and pharmacists. Therapeutic counselling was most frequently considered potentially transferable to psychologists when related to comorbidity. Beyond the five most frequent processes (table 3), medication prescription (20.1%) and partial medical examination (20.1%) related to diabetes were also considered potentially transferable, especially to pharmacists and nurses. In patients with atrial fibrillation, discussions of International Normalised Ratio results could be transferred mainly to nurses. Other professionals that were considered included psychologists for depressive disorders, especially for therapeutic counselling/listening, and pharmacists for sleep disturbance, osteoarthritis and hypothyroidism, especially for medication prescription.

Conditions for transferability

Non-mutually exclusive practical conditions were required for 70.6% of potentially transferable processes (ie, 74.6% for diabetes and 67.8% for the comorbidities). These conditions were either a predefined protocol (44.0%), a shared information system (32.2%) or supervision by the GP (31.7%).

The distribution of conditions was different between processes related to diabetes and to comorbidity ($p < 0.05$). In particular, 52.7% of diabetes-related

potentially transferable processes were under the condition of an existing protocol compared with 37.8% of processes related to comorbidity ($p = 3.1 \times 10^{-5}$) (figure 1).

Determinants of transferability

Multivariate analysis showed that determinants of potential process transferability that were specifically related to diabetes were affected by specific patient and encounter characteristics. Educational processes or suffering from a long-term health condition were both associated with an increased potential transferability (OR 3.26 and 1.47, respectively). Holding a higher intellectual profession or suffering from two or more associated health problems that were managed during the encounter were both associated with low potential transferability (OR 0.33 and 0.81, respectively) (table 4).

DISCUSSION

From the 8574 processes of care that were performed by GPs in a patient consultation for diabetes, 21.9% of those processes were considered eligible for transfer from the GP to allied healthcare professionals. The most frequently occurring processes that were considered potentially most suitable for transfer concerned the following health problems: health maintenance/prevention (32.1% of associated processes suitable for transfer), before processes associated with cardiovascular risk factors (processes associated with hypertension (28.7%), lipid disorders (25.3%) and diabetes (24.3%)). The health professionals to whom most processes could be transferred were nurses and pharmacists (78.1% and 36.7% of the potentially transferable processes, respectively). A total of 70.6% of the potentially transferable processes could be transferable only under specific conditions, such as the existence

Table 3 Five most frequent processes of care for transfer to health professionals ranked by transferability of processes of care related to diabetes

Processes (n=8574)	Transferability of diabetes-related processes (n=3176)			Transferability of comorbidity-related processes (n=5398)			
	All professionals (n=782)	Nurses (n=680)	Pharmacists (n=221)	All professionals (n=1098)	Nurses (n=789)	Pharmacists (n=469)	Psychologists (n=52)
Therapeutic counselling/listening	63/134 (47.0%)	62/134 (46.3%)	23/134 (17.2%)	81/210 (38.6%)	48/210 (22.9%)	26/210 (12.4%)	28/210 (13.3%)
Observation/health education	59/122 (48.4%)	45/122 (36.9%)	6/122 (4.9%)	53/135 (39.3%)	32/135 (23.7%)	17/135 (12.6%)	5/135 (3.7%)
Results test/procedure	83/293 (28.3%)	80/293 (27.3%)	6/293 (2.1%)	40/186 (21.5%)	40/186 (21.5%)	3/186 (1.6%)	0/310 (0%)
Blood test	137/548 (25.0%)	146/548 (26.6%)	12/548 (2.2%)	50/310 (16.1%)	50/310 (16.2%)	3/310 (1.0%)	0/310 (0%)
Administrative procedure	10/45 (22.2%)	0/45 (0%)	2/45 (4.4%)	14/71 (19.7%)	14/71 (19.7%)	2/71 (2.8%)	0/71 (0%)
Total	352/1142 (30.8%)	333/1142 (29.2%)	49/1142 (4.3%)	238/912 (27.0%)	184/912 (20.2%)	51/912 (5.6%)	33/912 (3.64%)

of a predefined cooperative protocol, a shared medical record or supervision by the GP.

Strengths and weaknesses of the study

A strength of the ECOGEN study lies in its comprehensive dataset (only two missing data) of health problems managed in day-to-day practice with their associated processes, which included health education and coordination of care between healthcare professionals. The 128 GP trainers in this study were representative of GPs at the national level in terms of age, gender, type of contract with the social security system (fixed or variable fees), practice location (population size of the city) and annual number of encounters. In a previous study, French GP trainers were found to be representative of standard GPs in terms of patients and activities,³⁰ therefore patients in our study can probably be considered representative of French patients. As no previous working experience in the interprofessional teams or with task delegation was required for the residents or for the GP trainers, transferability evaluation by investigators (ie, residents), who were specifically trained for the ECOGEN study, reflects their current views. This can be considered a weakness as residents might have had a limited knowledge of what the nurse's role can be in counselling and health education and a cautious view of task delegation or substitution. Conversely, it reflects the common perception of GPs and gives useful courses of action to implement skill mix in primary care with acceptability at a large scale, as it is just an emerging process in France. Future research should include consultation with interprofessional colleagues (ie, nurses, pharmacists) regarding their perspective on the transferability of processes of care.

The evaluation of process transferability was contextualised according to the profile of real consultation patients. Indeed, the residents took into account important characteristics of diabetic patients such as age, comorbidity and socioeconomic level rather than considering virtual diabetic patient categories. It was also contextualised to the actual organisation of GP practices, not only the 10% who are engaged in new models of multiprofessional health clinics. Of the 128 GP trainers, 70 double-checked the assessment of transferability in the main ECOGEN study for 1710 consultations, representing 8.2% of all consultations included in the database. This comparative evaluation of the process transferability showed no difference in the proportion of transferable processes and a fair agreement between residents and GP trainers in the main ECOGEN study (20.5% vs 21.1%, $p=0.21$; $\kappa=0.37$).³¹

Multivariate analysis enabled an investigation of the transferability based on the type of process of care and also on the characteristics of the encounter (number of combined health problems and patient characteristics). The risk of classification bias was limited by specific training of the residents to the ICPC-2 requirements and by the support of a digital encoding engine.

The implementation of task delegation in various healthcare systems brings the acceptability of task

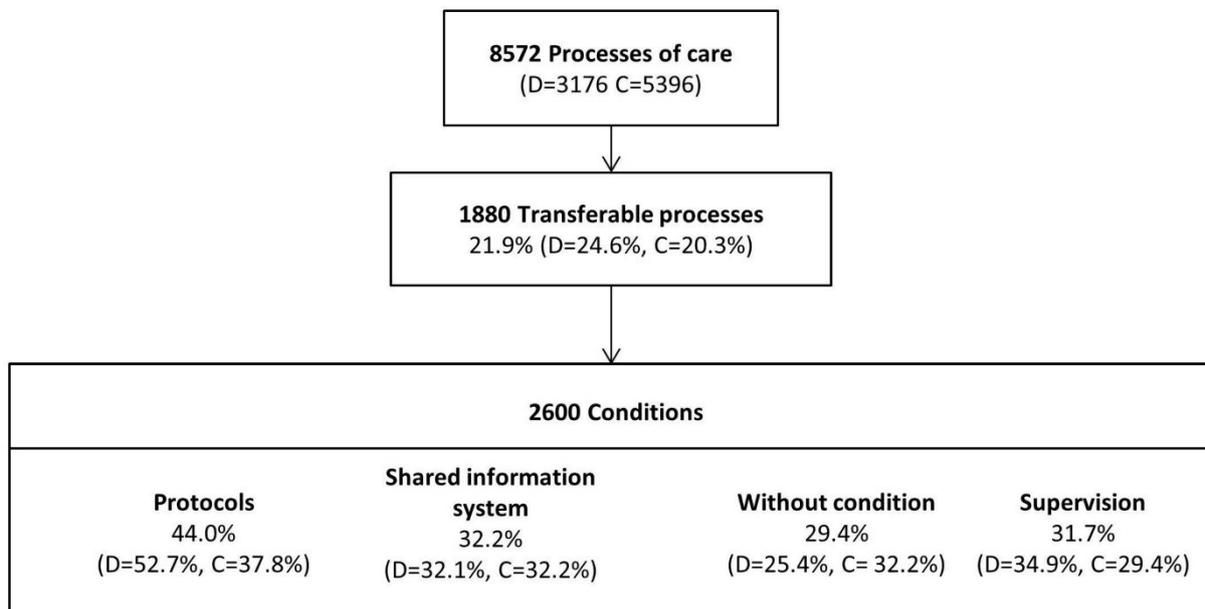


Figure 1 Conditions for potential transferability. D, diabetes; C, comorbidity.

delegation by all professionals into question, although we could not assess such acceptability in this study. In the fragmented context of practice in primary care in France, as the various health professionals rarely work in the same location, skill mix is particularly difficult to implement without common tools (protocols, shared records). Our quantitative assessment of practical conditions (collaborative protocols, shared medical records or supervision) is complementary to nurses' views reported in other qualitative studies such as appropriate training and both recognition and respect of nurses' prerogatives and roles.³² In France the acceptability of task delegation from GPs to other healthcare professionals, regardless of the specific disease, ranges from 18.1% to 30%.^{31 33} Reflecting funding and payment issues in primary care where all providers are independent and paid by fee, the availability of public health insurance funding to support task delegation increases acceptability to 60%.^{31 33}

Educational processes as a priority

According to our findings, the main factors allowing task delegation were less autonomous patients (with less intellectual occupations), a small number of health problems and especially with a need for preventive processes. Increased levels of complexity of patient encounters, as evaluated by the number of associated health problems (ie, the multimorbidity managed during each encounter) is associated with a decrease in the transferability of care processes. Only 2.1% of these encoded comorbidities were represented by diabetes-related complications (heart disease, stroke, retinopathy, nephropathy and diabetic foot). In France, 15% of diabetic patients were diagnosed with complications in 2009.³⁴ From a primary

care perspective, GPs tend to consider patients along with their individual multimorbidity.²⁴ Major cardiovascular risk factors represented 57.7% of managed health problems that were associated with diabetes. We suggest, therefore, that the global cardiovascular risk should be addressed when collaborative actions are planned.³⁵ Such an approach, which has been implemented for patients with diabetes based on the chronic care model, has been shown to decrease cardiovascular risk by 2.1% after 10 years.³⁶ In practice, the estimation of cardiovascular risk, in particular by using a scoring system, is not yet an established process such that its transfer to nurses or pharmacists remains difficult due to complexity issues.³⁷ Conversely, patient education of cardiovascular risk is a better defined task which looks more appropriate for task delegation. Diabetes was associated with multimorbidity in 44% of patients in an Irish study and in 90% in a retrospective Dutch study.^{19 20} In our study, multimorbidity was associated with diabetes in 94.2% of encounters, likely because of our definition of multimorbidity and the presence of study investigators. Paradoxically, the absence of medical fee exemption status for a long-term condition was associated with lower transferability, probably because patients who did not qualify for medical fee exemption suffered from early or less severe forms of diabetes that required lower levels of intervention.

Higher intellectual professions were less targeted for transferability than any other professional category. Because of the low number of encounters, this result has to be confirmed. Nevertheless, social position is probably a proxy of health literacy and a greater capacity for self-management and, thus, a lower need for transfer.³⁸

Table 4 Determinants of transferability

Participant characteristics by processes of care eligibility to transfer (n=3180)	Total, n (%)	Processes not eligible for transfer, n (%)	Processes eligible for transfer, n (%)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
				OR	(95% CI)	p Value	OR (95% CI)
n	3176	2394	782				
Age*		67.93 (11.35)	68.17 (11.35)	1.00	(0.99 to 1.01)	0.65	
Gender							
Men	1661 (52.3%)	1264 (76.1%)	398 (23.9%)				
Women	1515 (47.7%)	1134 (74.7%)	384 (25.3%)	1.08	(0.92 to 1.27)	0.38	
Anterity							
Existing patient	3125 (98.4%)	2364 (75.3%)	771 (24.7%)				
New patient	51 (1.6%)	40 (78.4%)	11 (21.6%)	0.84	(0.43 to 1.64)	0.61	
Place							
Consultation	2887 (90.9%)	2172 (75.1%)	719 (24.9%)				
Visit	289 (9.1%)	226 (78.2%)	63 (21.8%)	0.84	(0.63 to 1.13)	0.24	
Fee exemption status							
No long-term condition	573 (18.0%)	461 (80.5%)	112 (19.5%)				
Long-term condition	2603 (82.0%)	1937 (74.3%)	670 (25.7%)	1.43	(1.14 to 1.79)	2.10 ⁻³	1.47 (1.17 to 1.87) 0.001
No low income	3114 (98.0%)	2347 (75.4%)	767 (24.6%)				
Low income	62 (2.0%)	47 (75.8%)	15 (24.2%)	0.98	(0.54 to 1.76)	0.94	
Patient occupation							
Not active	2617 (82.4%)	1965 (75.1%)	652 (24.9%)				
Active working status	559 (17.6%)	433 (76.9%)	131 (23.1%)	0.91	(0.74 to 1.13)	0.38	
Other profession	3127 (98.5%)	2350 (75.2%)	777 (24.8%)				
Higher intellectual profession	49 (1.54%)	44 (89.8%)	5 (10.2%)	0.34	(0.14 to 0.87)	0.02	0.33 (0.11 to 0.78) 0.02
Not retired	893 (28.1%)	691 (77.4%)	202 (22.6%)				
Retired	2283 (71.9%)	1704 (74.6%)	580 (25.4%)	1.17	(0.97 to 1.40)	0.09	
Two or more associated health problems*	3180	2.66 (1.69)	2.54 (1.58)	0.85	(0.71 to 1.02)	0.07	0.81 (0.67 to 0.98) 0.03
Type of processes							
Preventive processes	134 (4.2%)	69 (51.5%)	65 (48.5%)	3.06	(2.16 to 4.33)	8.10 ⁻³	3.26 (2.28 to 4.66) 9.10 ⁻¹¹
Non-preventive processes of care	3042 (95.8%)	2325 (76.4%)	717 (23.6%)				
Missing value	26 (0.8%)	23 (88.5%)	3 (11.5%)				

Continued

Table 4 Continued

Participant characteristics by processes of care eligibility to transfer (n=3180)	Total, n (%)	Processes not eligible for transfer, n (%)	Processes eligible for transfer, n (%)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
				OR (95% CI)	p Value	OR (95% CI)	p Value
Administrative	45 (1.4%)	35 (77.8%)	10 (22.2%)				
Coordination	130 (4.1%)	109 (83.8%)	21 (16.2%)				
Curative	1087 (34.2%)	818 (75.3%)	269 (24.7%)				
Diagnostic	1754 (55.2%)	1340 (76.4%)	414 (23.6%)				

*Continuous variables in univariate analysis are reported as mean (SE) with t test.

Indeed, the South Australian Healthplus trial found that, for at-risk patients (including diabetic patients), a key determinant of the need for coordination by nurses was a reduced capacity for patient self-management rather than illness severity.³⁹

Transferability varies according to the type of process considered. Patient education processes had the strongest impact on transfer eligibility, consistent with results from the ongoing French ASALEE study (Action de Santé Libérale en Equipe – Health action by teams of self-employed health professionals), which is being implemented nationally using public experimental funds, with 360 nurses with advanced practices involved in pluri-professional practices for diabetes and cardiovascular follow-up.^{8 29 40} Other results show that 31% of French GPs are in favour of transferring nutritional and therapeutic education, rising to 53% in cases where patient costs are met by the public health insurance system.³³ The risk-benefit ratio of therapeutic education is low on all-cause mortality and morbidity criteria.^{41–44} Diabetes medications are associated with frequent and sometimes severe adverse events, such that the risk-benefit ratio is poorly understood without clear evidence of the effects of those medications on morbidity and mortality.^{45–47} Specific skills are needed to select and adapt the most appropriate treatment to the evolving patient statuses and scientific knowledge. Furthermore, protocolising and transferring medication prescription in patients with diabetes is not yet widely generalised or accepted among healthcare practitioners, since such transfer requires appropriate training for medication prescription alongside critical decision making and independence from the pharmaceutical industry.⁴⁸ Nurses are already charged with routinely prescribing diabetes medications in the USA, UK and Canada,^{48 49} whereas in the Netherlands the transfer of this responsibility to practice nurses is still in the experimental stages.^{9 50} In France, the current regulation allows the development of protocols including the transfer to nurses of medication prescription under medical supervision and responsibility. However, it is rarely implemented in primary care as team work is not developed in this setting.

Implications for clinicians and public health

The problem of fragmentation of disease management is well known.⁵¹ Interpersonal continuity of care for patients with diabetes may be disrupted by task delegation.^{2 13} In addition, managing diabetes as part of a patient-centred approach requires integration over time of previous medical history, multimorbidity and the interaction between medical conditions and treatments.^{23 52 53} Attention should be given to minimising the burden of follow-up by multiple professionals and multiple visits in patients with multimorbidity.⁵² The personal relationship with a single chosen GP results in improved patient satisfaction, improved compliance and reduced rates of hospitalisation and emergency room use.^{53 54} The relational continuity is inherent to the individualised treatment for

education or depression. When transferring diabetes care from GPs to practice nurses in the Netherlands, some deterioration in patient health-related quality of life was observed, presumably because of the increased number and duration of visits with nurses and self-consciousness of illness.⁵⁰ Conversely, collaborations with psychologists for patients with depression or anxiety within primary healthcare teams in Canada and Australia reduced health service use and costs, and improved patient quality of life.^{55 56} As a compromise between disease management and personal GP–patient relationships, the South Australian HealthPlus trial implemented a generic model of coordinated care for patients in primary care based on a sharing needs assessment and defined goals between patients and their caregivers.³⁹ The loss of interpersonal and informational continuity requires specific support such as shared protocols, information systems and supervision.⁵⁷

Consequently, future research regarding public health issues should study conditions of teamwork for optimal continuity and comprehensiveness and evaluation of criteria related to the global impact of task delegation. In particular, outcome criteria should include the overall number of visits, medication prescriptions⁵⁸ and cost (for diabetes and all comorbidities), and steps in the healthcare pathway. Long-term clinical outcomes are also required, including global cardiovascular risk and other morbidity criteria.⁵⁹ A particular focus should be given to patient assessment and adverse effects.⁶⁰ Patient eligibility criteria for transfer (ie, patients with a confirmed diagnosis of diabetes) presenting few associated health problems should be validated in observational or experimental studies.³⁹ Qualitative studies are also needed to assess the views of patients and other healthcare professionals that support or limit the acceptability of transfers. The importance of transferability of processes for many health problems other than diabetes is an argument for an integrative patient-centred care approach for task shifting. It may concern a larger group of patients with cardiovascular health problems and a large category of processes (ie, prevention and education) as implemented in GPs' practices or healthcare centres abroad.⁶¹ This global approach will require more coordination and shared decision making.³⁵ Then, in a fragmented primary care system like that in France, it is necessary to further investigate the added value of a generic integrated model of coordinated care compared with single disease approaches.³⁹

Economic aspects might favour a comprehensive team-based approach to patient care. Indeed, the efficacy of patient education and therapeutic counselling has been demonstrated⁴¹ and some healthcare systems, such as the USA, even reward them financially through Current Procedural Terminology codes,^{38 62} conversely to the French billing nomenclature. Education and counselling are regarded as non-existent in the healthcare databases and in French general practice even though, at a practical level, many GPs manage and initiate education for

their patients.^{26 33 63 64} The modality of intervention and funding is different between hospital and GP practice encounters based on hospital-based activity, or is given either at a flat rate or on a per capita basis in the countries where it exists.⁶⁴ Recognition through a specific billing code for education, equivalent for all professionals with adequate qualifications, would enable more time to be dedicated to these activities.⁶⁴ Then, according to locally defined interprofessional collaborations, educational processes could be implemented by an increasing number of independent professionals with a minimum of integration (information system, protocols and supervision). More enhancement of such collaborations would probably require considering the team as a whole rather than the separate professions within the team, from both the organisational and financial perspectives.⁵⁷ Irrespective of the approach, policymakers will have to allocate additional public funds to increase the acceptability of process of care transfer by key professionals.⁵⁷ Therefore, the policy should be more oriented towards funding and enhancing new roles in new organisational models of primary care delivery rather than pushing to simplify the process of task transfer from one independent health professional to another.^{65 66}

CONCLUSIONS

With regard to GPs in day-to-day practice in France, there is significant potential to transfer processes of care for patients with diabetes. Attention should be paid to the type of process to be transferred; this is the most important factor that determines the applicability of the process for transfer. Preventive processes, especially educational processes, are the most transferable, having a low risk-benefit ratio that favours education. Due to the frequency of associated cardiovascular risk factors, the transferability of educational processes should be large enough to address the global cardiovascular risk. Research questions on the professionals involved, their qualifications, remuneration, interprofessional education and organisational context should be further studied.

Acknowledgements We acknowledge the ECOGEN study group, including the steering committee, the residents, the 128 GP trainers, the 54 residents. The members of the steering committee were: Laurent Letriliart, Alain Mercier, Irène Supper, Matthieu Schuers, David Darmon, Pascal Boulet, Dominique Ambros, Madeleine Favre, Gil Mury, Bernard Gay, Denis Pouchain, Eric Van Ganse, Philippe Amelini, Anne-Marie Schott, Angelique Denis. The residents (observers) were: Céline Alexanian, Clement Barletta, Solene Baron de Preville, Muriel Baudoin-Bion, Naïma Belarbia, Clarisse Bertrand, Anne-Sophie Billet, Emilie Boulard, Emilie Breillat, Claire Brunet, Claire Camilleri, Hélène Carrier, Mathieu Carron, Nelly Cordeiro, Clément Coutarel, Sophie Dargent, Sarah Darriau, Hubert de Lary, Karen Denis, Yohana Dery, Isabelle Duquenne, Guillaume Farcis-Morgat, Charlotte Favier, Sarah Filoche, Mohamad Hamade, Marion Helly, Laura Hsiung, Thibault Lelong, Nathalie Levernier, Julia Marquant, Prisca Martin, Caroline Martin-Bouyer, Ryma Metahri, Lesley-Ann Montigneaut, Noémie Morel, David Nakache, Claire Parker, Eric Pernollet, Solène Petitclerc, Alicia Pillot, Henri Plancke, Fanny Poirot, Thomas Proboeuf, Sophie Quien, Marie-Camille Rault-Tandonnet, Charlotte Regnier, Yohan Saynac, Saphanie Son, Damien Steciuk, Aurélie Urena-Dores, Yannick Vacher, Maxime Veques, Lucile Wies, Elodie Youssef. The participating GPs were: Ahmed Aadjour, Isabelle Aubin-Auger, Ghislaine Audran, Nadine Ayme, Catherine Bageot, Jérôme Bard, Bruno Beauchamps, Olivier Bisch, Paul Blanchet, Jean-Michel

Blondel, Pierre Bobey, Jean-Yves Borgne, Jean-Yves Breton, Agnès Bryn, Martin Buisson, Marie Cabanas, Gérald Catsanedo, Maxime Cauchie, Nicole Caunes, Christine Cerisier-Cornillot, Patrick Charbit, Pascal Clerc, Laurent Convert, Françoise Corlieu, Thierry Cornille, Alain Couatarmanac'h, Claude Danner, Jean-Claude Darrieux, Alain Dasse, François de Golmard, Gilles de Lorenzi, Anto de Pavljasevic, Pierre-François Delzanno, Nicole Derain, Pierre Deveche, Vincent Diquero, Bénédicte Chevreau, Christian Larcheron, Elise Dubreuil, Pierre Dupont, Charline Dupont, Richard Dymny, Catherine Elsass, Pierre Eterstein, Gilles Faivre, Eric Fanjeaux, Emmanuelle Farcy, Claudine Fity, Vasanth Flory, Anne Girard, Christophe Girault, Sabine Grutter, Murielle Guillier, Thérèse Guyenne-Chambrou, Christophe Haguet, Jean-Yves Hascoet, Sophie Haudidier, Sylvain Hirsch, Gaëtan Houdard, Hélène Hubail, André Kastelik, Sylvain Kichelewski, Xavier Lainé, Valérie Lapouge, David Laurent, Laurent Laval, Serge Lavaure, Mireille Lavigne, Yves Leborgne, Odile Lion, Viviane Mannevy, Jean-Michel Mathieu, Laure-Emmanuelle Mavraganis, Denis Perrot, Yvon Petrault, Christophe Pigache, Maurice Ponchant, Véronique Poupet, Daniel Reynolds, Emmanuel Robin, Marie-Hélène Robineau, Jean-Loup Roblot, Larisa Savan, Pierre Sebbag, Patrick Serey, Michel Serraille, Corinne Simoneau, François Tahon, Jean Louis Teruel, Audrey Tordoir, Christian Verot, Valérie Zéline. The French medical schools involved in ECOGEN study were : Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille (Etat), Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris Descartes, Paris Pierre et Marie Curie, Paris Diderot, Paris Est Créteil, Paris Ile-de-France Ouest, Poitiers, Rennes, Rouen, St-Etienne, Strasbourg, Tours. The University College of General Practice of Lyon for the funding of the English editing.

Contributors LL conceived the cross-sectional study. LL and IS designed the cross-sectional study. Interns of the ECOGEN study group collected the data. YB revised the protocol for data analysis. IS, LL and RE analysed the data. IS wrote the first draft, which was revised by RE, YB and LL. IS, RE, YB and LL approved the final draft.

Funding This work was supported by the French National College of teachers in general practice and Pfizer.

Competing interests None declared.

Patient consent Detail has been removed from the case description(s) to ensure anonymity. The editors and reviewers have seen the detailed information available and are satisfied that the information backs up the case the authors are making.

Ethics approval National committee for informatics and freedom, CNIL n°1549782 and the committee for the protection of the persons, CPP n°L11-149.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data sharing statement Technical appendix, statistical code, and dataset are not available from the Dryad repository. The dataset is available upon request from laurent.letriliart@univ-lyon1.fr. The corresponding author is available for further information.

Open Access This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

© Article author(s) (or their employer(s) unless otherwise stated in the text of the article) 2017. All rights reserved. No commercial use is permitted unless otherwise expressly granted.

REFERENCES

- Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047–53.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775–9.
- Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010;375:2215–22.
- Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy* 2004;9(Suppl 1):28–38.
- 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.
- Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, et al. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Med Care Res Rev* 2009;66:36S–89S.
- Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, et al. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health* 2015;13:55.
- Mousquès J, Bourguet Y, Le Fur P, et al. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;98:131–43.
- Cleveringa FG, Gorter KJ, van den Donk M, et al. Combined task delegation, computerized decision support, and feedback improve cardiovascular risk for type 2 diabetic patients: a cluster randomized trial in primary care. *Diabetes Care* 2008;31:2273–5.
- Renders CM, Valk GD, Griffin S, et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD001481.
- Michot P, Catala O, Supper I, et al. [Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review]. *Sante Publique* 2013;25:331–41.
- Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2252–61.
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22:15–38.
- Amundson HA, Butcher MK, Gohdes D, et al. Montana cardiovascular disease and diabetes prevention program workgroup. Translating the diabetes prevention program into practice in the general community. *Diabetes Educ* 2009;35:209–23.
- Pariser G, Hager K, Gillette P, et al. Active steps for diabetes: a community-campus partnership addressing frailty and diabetes. *Diabetes Educ* 2014;40:60–7.
- Baudier F, Bourguet Y, Evrard I, et al. Group practice dynamics among private general practitioners from 1998 to 2009. *QES* 2010;157.
- Tazim V. Interprofessional Collaborative Teams. *Canadian Health Services Research Foundation*, 2012.
- Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, et al. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé Publique* 2009;21:79–90.
- Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, et al. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv Res* 2006;6:84.
- Teljeur C, Smith SM, Paul G, et al. Multimorbidity in a cohort of patients with type 2 diabetes. *Eur J Gen Pract* 2013;19:17–22.
- Boeckxstaens P, Peersman W, Goubin G, et al. A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care. *BMC Fam Pract* 2014;15:159.
- Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:319–25.
- Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev* 2010;32:451–74.
- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7:357–63.
- World Health Organization. *World Health Report: Primary Health Care (Now More Than Ever)*, 2008.
- Letriliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. *exercer* 2014;114:148–57.
- Okkes I, Jamouille M, Lamberts H, et al. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000;17:101–7.
- L'Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles/PCS. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/nomencl-prof-cat-socio-profes.htm> (accessed 6 Sep 2016).
- Legifrance, le Service Public de la Diffusion du Droit.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,2009.
- Letriliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2016;16:1–9.
- Pillot A, Supper I, Guerin M-H, et al. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de

- santé : une étude transversale nationale multicentrique. *exercer* 2014;114:186–93.
32. Jovic L, Bianchi E, Decouffet S, et al. Nurses in France: between autonomy and subordination in front line care. *Glob Qual Nurs Res* 2015;2.
 33. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc* 2016;1:375–404.
 34. Jaffiol C. [Current management of type 2 diabetes in France]. *Bull Acad Natl Med* 2009;193:1645–61.
 35. Ogedegbe G, Gyamfi J, Plange-Rhule J, et al. Task shifting interventions for cardiovascular risk reduction in low-income and middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2014;4:e005983.
 36. Vargas RB, Mangione CM, Asch S, et al. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J Gen Intern Med* 2007;22:215–22.
 37. Echouffo-Tcheugui JB, Kengne AP. On the importance of global cardiovascular risk assessment in people with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes* 2013;7:95–102.
 38. Ayyagari P, Grossman D, Sloan F. Education and health: evidence on adults with diabetes. *Int J Health Care Finance Econ* 2011;11:35–54.
 39. Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *BMJ* 2005;330:662–5.
 40. Legifrance, le Service Public de la Diffusion du Droit. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2017 <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>.
 41. Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, et al. Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2013;159:543–51.
 42. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *exercer* 2011;191–200.
 43. Gaede P, Vedel P, Parving HH, et al. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999;353:617–22.
 44. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
 45. Bousageon R, Supper I, Bejan-Angoulvant T, et al. Reappraisal of metformin efficacy in the treatment of type 2 diabetes: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS Med* 2012;9:e1001204.
 46. Erpeldinger S, Rehman MB, Berkhout C, et al. Efficacy and safety of insulin in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Endocr Disord* 2016;16:39.
 47. Monami M, Genovese S, Mannucci E. Cardiovascular safety of sulfonylureas: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Diabetes Obes Metab* 2013;15:938–53.
 48. Tierney K. Therapeutic choices, and the nurse practitioner's role, in type 2 diabetes when metformin alone is no longer enough. *J Am Acad Nurse Pract* 2012;24 Suppl 1:234–48.
 49. Courtenay M, Carey N, Gage H, et al. A comparison of prescribing and non-prescribing nurses in the management of people with diabetes. *J Adv Nurs* 2015;71:2950–64.
 50. Houweling ST, Kleefstra N, van Hateren KJ, et al. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2011;20:1264–72.
 51. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med* 2009;7:100–3.
 52. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
 53. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219–21.
 54. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
 55. Chomienne MH, Grenier J, Gaboury I, et al. Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pract* 2011;17:282–7.
 56. Winefield HR, Turnbull DA, Seiboth C, et al. Evaluating a program of psychological interventions in primary health care: consumer distress, disability and service usage. *Aust N Z J Public Health* 2007;31:264–9.
 57. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health* 2015;37:716–27.
 58. Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001271.
 59. Hansen LJ, Drivsholm TB. [Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary health care and outpatient community settings]. *Ugeskr Laeger* 2002;164:607–9.
 60. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health* 2011;65:653–5.
 61. Marek A, Mousquès J. The participation of nurses in primary care in six European countries, Ontario and Quebec. *Issues Health Econ IRDES* 2005;95.
 62. Dickey RA. Practical tips on coding for diabetes care. *Endocr Pract* 1996;2:389–94.
 63. Trombert-Pavio B, Rector A, Baud R, et al. The development of CCAM: the new French coding system of clinical procedures. *HIM J* 2003;31:2–11.
 64. Haut Conseil de Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. 2009.
 65. Bourgueil Y. Skill-mix reform in France. *Patients, peers, professionals: Skill-mix innovations and developments in primary and chronic care settings in Europe*: WHO Eur Obs, 2017.
 66. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. *Issues Health Econ IRDES* 2009;141.

5. DISCUSSION

5.1 PRINCIPAUX RESULTATS : UNE ORGANISATION DES SOINS EVOLUANT D'UNE APPROCHE HIERARCHIQUE CENTREE SUR LA MALADIE ET LES PROFESSIONNELS VERS UNE APPROCHE COLLABORATIVE D'EQUIPE INCLUANT LE PATIENT PARTENAIRE

Face à la multimorbidité et à la complexité croissante des patients, il existe, en soins primaires, des possibilités de mieux organiser la coopération interprofessionnelle, notamment par le fonctionnement en équipe et plus généralement par l'exercice coordonné. La revue de la littérature a montré que cette réorganisation concerne d'autres professions des soins primaires que les infirmiers, notamment les pharmaciens et les professionnels travaillant en santé mentale (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...). La coopération interprofessionnelle recouvre souvent simultanément plusieurs formes de redistribution des rôles, telles que décrites par Sibbald (renforcement, transfert, délégation, innovation), notamment dans un cadre de travail en équipe. Pour être acceptée par les acteurs impliqués et se déployer de façon efficiente, la coopération interprofessionnelle doit susciter la création et la mise en pratique de protocoles, en tenant compte de l'ensemble des acteurs concernés au sein des équipes de soins primaires, en s'appuyant notamment sur la perspective du patient. Elle doit pouvoir faire l'objet de travaux scientifiques dans le cadre de la recherche. La formation initiale et continue est un des leviers principaux pour assurer sa diffusion. Pour être mise en œuvre, la coopération interprofessionnelle sur le terrain doit intégrer la transformation des organisations (systèmes d'information, locaux, procédures de travail en commun), mais aussi des facteurs humains, pour que s'établissent des relations de confiance et des objectifs partagés. L'évaluation de l'efficacité de la coopération au bénéfice des patients est un levier favorisant ces pratiques, les différents acteurs partageant souvent au départ un intérêt commun pour améliorer la qualité des soins aux patients et pour développer de nouveaux domaines professionnels. Les principaux obstacles communs sont liés à l'absence de définition des rôles et des compétences, au manque de formations interprofessionnelles, aux risques médico-légaux ou de rupture de confidentialité, ainsi qu'au manque de financements pérennes et d'évaluation commune. Des représentations divergentes des soins ou des conflits d'intérêts restent des problématiques spécifiques à certains acteurs.

En conclusion, la coopération interprofessionnelle peut être encouragée par une organisation interprofessionnelle adaptée, financée de façon durable, et par la formation. La participation active des patients est indispensable au développement de ces dispositifs, afin de permettre de dépasser les hiérarchies réelles ou perçues, ainsi que les barrières professionnelles.

L'étude transversale concernant la transférabilité des procédures de soins réalisées par les médecins généralistes dans le cadre du diabète de type 2 a montré qu'une proportion importante de celles-ci pourrait vraisemblablement être transférée à d'autres professionnels de santé. Parmi les 8574 procédures de soins réalisées pendant une consultation dans le cadre du diabète par un médecin généraliste, 21,9% étaient considérées éligibles au transfert vers d'autres professionnels de santé. Les procédures à la fois les plus fréquentes et les plus transférables concernaient les problèmes de santé suivants : les situations de prévention

(32,1% des procédures de soins associées), les facteurs de risques cardio-vasculaires (l'hypertension artérielle [28,7%], les dyslipidémies [25,3%] et le diabète [24,3%]). Les professionnels de santé auxquels pourraient être transférées ces procédures de soins étaient principalement les infirmières et les pharmaciens (78,1% et 36,7%, respectivement). Parmi les procédures transférables, 70,6% l'étaient seulement sous réserve de conditions spécifiques, telles que l'existence d'un protocole de coopération prédéfini, d'un dossier médical partagé ou d'une supervision par le médecin généraliste. Les analyses ont montré que la transférabilité des procédures de soins était plus élevée pour les procédures éducatives et en cas d'ALD (OR=3,3 et 1,5, respectivement), et plus faible chez les patients ayant un statut de cadre ou présentant plusieurs problèmes de santé pris en charge pendant la consultation (OR=0,3 et 0,8, respectivement). Une partie de l'activité des médecins généralistes peut donc être éligible à un transfert, sous réserve notamment de considérer la prévention cardio-vasculaire dans sa globalité.

En synthèse de ces deux articles, la coopération interprofessionnelle renforcée en soins primaires est envisageable à grande échelle dans le cadre de la pratique actuelle, de par l'intérêt porté par les professionnels de santé pour les nouvelles organisations des soins, y compris des délégations de tâches. Nos résultats sont issus de données aussi bien qualitatives que quantitatives. Ainsi, deux conditions au transfert des tâches chez le patient diabétique (protocole et dossier partagé) sont des facteurs facilitants selon la revue ; et la troisième condition (supervision) est plutôt décrite comme un obstacle. Pour autant, afin de dépasser certains obstacles, la mise en place d'un cadre adapté devrait faciliter la coopération. Le cadre de coopération doit comporter les conditions suivantes : premièrement, la mise en œuvre d'une recherche d'excellence en soins primaires et l'intégration de la recherche clinique et de la recherche sur les services de santé.[93] Ce cadre de recherche permet d'objectiver, de sécuriser puis de valider les expérimentations progressives afin de pouvoir après former les autres professionnels à ces nouvelles modalités d'organisation. Deuxièmement, une formation initiale et continue des professionnels doit permettre de faire évoluer les représentations et ainsi de favoriser le travail en équipe. Troisièmement, l'implication des patients est nécessaire à l'acceptation des réformes du système de santé par les usagers et les professionnels, en dépassant les barrières professionnelles. C'est aussi le fondement de l'évolution d'une organisation des soins centrée sur les maladies vers une approche centrée sur les patients partenaires de leur santé.

5.2 FORCES ET LIMITES

5.2.1 DES DONNEES ISSUES DE LA PRATIQUE COURANTE EN SOINS PRIMAIRES

Le recours aux soins (motifs, morbidité, actions menées) a été peu étudié jusqu'à présent en médecine générale en situation réelle de soin dans le contexte français.[94] L'étude sur la transférabilité des procédures de soins chez le patient ayant un diabète de type 2 était bien issue de la pratique en médecine générale et donc des situations cliniques présentées par les patients ayant nécessité une prise en charge de problèmes de santé spécifiques et abouti à la réalisation d'actes par les médecins généralistes. L'étude ECOGEN a permis d'étudier ce recours aux soins sous deux aspects. D'un point de vue qualitatif, les situations cliniques des patients se présentant en consultation ont pu être décrites. Tous les motifs de la consultation ainsi que tous les problèmes de santé pris en charge au décours de la consultation ont été décrits. Toutes les procédures réalisées en pratique par le médecin généraliste en rapport avec les problèmes de santé rencontrés par les patients lors de leur consultation ont été relevées et analysées.

D'un point de vue quantitatif, les données de l'étude ECOGEN constitue un échantillon de grande taille qui, combinée avec la bonne représentativité des 128 médecins de l'enquête, renforce la validité externe et permet l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes français. Ces médecins étaient des maîtres de stage, ils sont représentatifs des autres médecins généralistes en terme de morbidité, pour autant leurs pratiques sont différentes, entre autres par une moindre prescription d'antibiotiques.[95]

Concernant la coopération interprofessionnelle, les perspectives des médecins généralistes à partir de la pratique en situation réelle et celles des professionnels de soins primaires ont été peu étudiées jusqu'à présent.

5.2.2 UNE APPROCHE QUI PRIVILEGIE LE POINT DE VUE DES MEDECINS, CENTREE SUR LES CONSULTATIONS DE PATIENTS DIABETIQUES

L'approche médecine générale a été privilégiée. Ce sont également des médecins généralistes qui ont estimé la transférabilité des procédures et les professionnels pouvant être destinataires. Il paraît cohérent de partir initialement du point de vue du médecin, dans la mesure où il est en capacité de faire le lien entre l'expérience des patients, les données de la science et son expérience propre de médecin, afin d'aboutir à une perspective réfléchie de l'organisation des soins pour le patient et aussi parce qu'il joue un rôle important, sinon central, dans les soins et donc dans la coopération interprofessionnelle. Les résultats devront être confrontés dans un second temps aux perspectives des autres professionnels de santé et bien entendu des patients. Des analyses par entretiens individuels permettraient de limiter l'influence des professionnels les uns vis-à-vis des autres dans les représentations, complétées dans un second temps par des *focus group* interprofessionnels animés par des professionnels compétents dans la gestion des divergences et la gestion de l'expression de l'ensemble des participants groupes. Ces *focus group* auraient l'avantage de permettre de faire émerger des

propositions consensuelles à l'ensemble des participants des différentes professions... et pourquoi pas aux patients.

Nos résultats étaient limités aux consultants malades chroniques diabétiques. L'approche centrée sur les patients porteurs d'une maladie sous-estime plutôt les possibilités de transferts. Pour des patients à des stades plus précoces, avec uniquement des facteurs de risque, il pourrait sans doute y avoir beaucoup plus de prises en charge préventives et donc éventuellement de transferts. Le choix de privilégier les patients diabétiques rend les résultats partiellement extrapolables, avec sans doute davantage des enseignements globaux à tirer que des résultats quantifiés pour chaque prise en charge. Ainsi, par exemple, à partir de l'étude ECOGEN, des travaux complémentaires permettraient de quantifier la proportion de transfert des procédures d'entretien psychologique pour des patients se présentant avec une dépression mais sans diabète.

Par ailleurs, l'étude ECOGEN ayant défini la consultation comme unité de référence, il n'a pas été possible de faire le lien avec le patient. Effectivement, les règles de confidentialité des données patients et les autorisations préalables nécessaires auprès de la CNIL et du CPP ne permettaient pas de créer un identifiant patient qui aurait été relié à chaque consultation dans le cadre de l'étude ECOGEN. C'est pourquoi l'unité d'analyse statistique choisie était la consultation. Les caractéristiques du patient ont été notées pour chaque procédure de soin. De même, une prochaine étude pourrait compléter les données sur les antécédents et l'épisode de soin en lien avec l'identifiant patient sur la durée. Un chaînage de plusieurs consultations d'un même patient pourra ainsi être réalisé. La mise en place de cohortes de patients en soins primaires, sur l'exemple des Pays-Bas serait intéressante en ce sens. Selon les antécédents ou les autres épisodes en cours, les décisions de coopération pourraient être influencées. Par exemple, pour un patient présentant une dépression et un diabète, il pourrait, selon le patient être intéressant de commencer par renforcer ses capacités de prise en charge, en traitant en premier lieu la dépression avec la coopération avec d'une psychologue, avant de prévoir de l'éducation thérapeutique pour son diabète dans un deuxième temps. La place de chaque consultation dans l'épisode de soin des patients restait inconnue. L'ancienneté et le degré d'équilibre de la maladie, ainsi que le cadre de vie de chaque patient n'étaient pas des données recueillies. Ainsi, des éléments déterminant la coordination des soins, comme le déséquilibre de la maladie, n'ont pas pu être pris en compte pour juger de l'influence sur la coopération. Transfert-on davantage les patients déséquilibrés pour lesquels le médecin est en difficulté et s'organise plus pour collaborer avec d'autres professionnels pour parvenir à une prise en charge adaptée ? Le recueil des antécédents ainsi que de toutes les comorbidités (que ces comorbidités soient ou non prises en charge dans la consultation étudiée) aurait permis de mieux comprendre comment ceux-ci interagissent avec l'épisode de soin des patients ainsi que dans la mise en place d'un travail collaboratif. Ainsi, des patients avec des terrains assez spécifiques, comme une santé mentale altérée, présentent souvent une morbidité et une mortalité accrue, mais dont l'influence sur la collaboration n'a pu être mesurée. Dans ces situations complexes, la collaboration est souvent d'autant plus requise,

afin de limiter les conséquences de la multimorbidité, en particulier le risque cardiovasculaire.[96]

5.3 VERS LE DEVELOPPEMENT D'EQUIPES PLURI-PROFESSIONNELLES GUIDEES PAR UNE APPROCHE CENTREE PATIENT

5.3.1 UN ENJEU IDENTIFIE : EVOLUER D'UNE COLLABORATION INFORMELLE VERS UNE COLLABORATION CENTREE SUR LES PATIENTS

Les patients qui consultent entre autres avec leur diabète de type 2 sont en pratique dans l'étude ECOGEN en situation de soins complexes et polyopathologiques. C'est pourquoi l'approche centrée maladie doit être remise en cause au profit d'une approche centrée patient partenaire.[97], [98] Cette approche patient partenaire est caractérisée par l'idéal d'intégrer le patient comme membre fidèle et structurant de l'équipe de soins. L'expérience vécue de la maladie par le patient devrait être accueillie, valorisée et recherchée par les autres membres de l'équipe soignante.[97] Cette approche centrée patient est adaptée à la prise en charge éducative des patients avec un diabète de type 2.[99] Les résultats de notre 2^e étude montrent que seul 5 % des patients consultant avec un diabète viennent uniquement pour ce motif-là. Alors que ces patients présentent en moyenne 3,7 problèmes de santé pris en charge lors de la consultation, lorsqu'ils consultent entre autres pour leur diabète.

L'évaluation de la coopération interprofessionnelle repose majoritairement sur des évaluations de binômes de professionnels (infirmières-médecins ou pharmaciens-médecins), alors que l'évolution de la plupart des pays est une pratique d'équipe. Dans l'expérimentation Action de Santé Libérale en Equipe (ASALEE), trois typologies de binômes infirmières-médecins sont apparus en fonction de leur degré d'ancienneté et de leur niveau d'activité.[100] Ces typologies reflètent la complexité et le temps nécessaire pour créer des liens de confiance, au-delà de la nécessité de supports administratifs et financiers pérennes pour une plus large généralisation. L'approche de la collaboration par binômes de professionnels ne correspond dès lors pas aux besoins des patients de notre étude. En effet, dans notre seconde étude, si 78,1% de toutes les procédures sont considérées transférables aux infirmières, 36,7% le sont aussi au pharmacien. Lorsque des syndromes dépressifs sont associés, les psychologues sont eux aussi concernés par la collaboration. Pour l'hypothyroïdie, les insomnies, l'arthrose, les pharmaciens sont concernés pour la prescription médicamenteuse, comme spécialistes du médicament. Une approche d'équipes pluriprofessionnelles est donc indispensable, tout en validant les interventions par des données scientifiques validées. Par exemple, pour la collaboration médecins-pharmaciens, ce sont les revues de traitement collaboratives qui permettent de diminuer la morbi-mortalité.[61]

L'approche hiérarchique perçue ou réelle entre les professionnels doit évoluer vers une collaboration réelle impliquant la reconnaissance des compétences complémentaires mises au service des patients selon une définition professionnelle et sociologique de la collaboration.[42], [41], [46] Dans notre seconde étude, selon les besoins de santé et le contexte de vie du patient, les professionnels sollicités seront différents pour une même tâche mais pour un patient différent. Les distinctions entre la décision de l'acte (indication/contre-indication), la réalisation de l'acte et si besoin son interprétation représentent trois niveaux de décision concernant le partage ou non de cet acte. La décision et l'interprétation d'un acte impliquent des responsabilités importantes et complexifient ou interdisent le partage de ce

dernier. Par exemple, le vaccin contre la grippe peut être réalisé aussi bien par le médecin généraliste, que par une infirmière, un pharmacien ou une sage-femme. C'est le contexte de soin du patient qui orientera la collaboration vers un professionnel défini. Il semble donc fondamental dans l'organisation des soins de convoquer l'ensemble des acteurs impliqués dans une mission de santé : ici, par exemple, la vaccination préventive. Concernant la vaccination antigrippale, les négociations professionnels-politiques sont le plus souvent mono-catégorielles.

La transition d'un modèle de coopération interprofessionnelle traditionnelle (utilitaire et ponctuel) vers un modèle de coopération optimal nécessite de dépasser les barrières conceptuelles et structurelles. Selon Sarradon-Eck et al., la collaboration serait un stade idéal de la coopération, au cours de laquelle les professionnels noueraient des liens de confiance dépassant la simple confiance dans les compétences professionnelles.[45] Le patient est parfois le principal organisateur des réseaux, en articulant les informations et le travail des soignants.[44] Le patient devient ainsi une clef permettant de dépasser les barrières conceptuelles et structurelles. Afin d'y arriver, l'une des autres clefs est l'éducation interprofessionnelle initiale ou continue pour dépasser les barrières conceptuelles (hiérarchie, a priori, connaissance des rôles, limites professionnelles, forces et faiblesses des uns et des autres...) et pour arriver à la mise en place de projets de soins communs au service des patients. Dans notre seconde étude, les internes avaient une appétence au transfert de tâches similaire à celle de leurs maîtres de stages (20,5% vs 21,1%, $p=0.21$; $k=0,37$), pour autant, les modalités étaient différentes. Les internes investigateurs avaient plus recours à l'informatique via des dossiers médicaux partagés, alors que leurs maîtres de stages avaient plus recours aux protocoles et aux supervisions directes ou indirectes.

Le ressenti des professionnels était de mettre en place une collaboration avec un *leadership* local plutôt que centralisé à distance. Effectivement, la disparité des équipes, de la nature de leurs relationnels, des contextes de soins et des patients rend une standardisation des modalités de collaboration difficile. L'appétence de chaque professionnel vis-à-vis de la collaboration est variable. Seule la motivation des professionnels en place, avec leurs modalités spécifiques de fonctionnement, peut permettre la mise en place de projets de santé pluriprofessionnels au service des patients. Si les études qualitatives recensées dans notre revue de la littérature vont en ce sens, les résultats quantitatifs ont montré qu'il n'existe pas de patient standardisé diabétique et qu'une adaptation à chaque usager du système de santé est nécessaire pour une prise en charge globale optimale, dans une approche centrée patient, partagée par l'ensemble des professionnels de santé.[99]

La revue de la littérature préconise la mise en place de modèles de coopération à valider. Si l'organisation des équipes est variable en fonction des professionnels disponibles, des territoires et des besoins des usagers, les moyens nécessaires à une collaboration efficace semblent mieux définis. Nous préconisons ainsi des rémunérations communes des différents

professionnels permettant l'établissement de réunions de concertation autour des patients, ce qui est mis en place dans le contexte de financements des MSP et des CPTS. Pour ce qui est des outils, l'étude quantitative des pratiques a montré que 29,4% des procédures considérées transférables l'étaient sans conditions. Pour les autres procédures considérées transférables, elles nécessiteraient dans 44% des procédures un protocole, dans 32,2% un système d'information partagé (que ce soit un logiciel pluriprofessionnel ou le DMP) ou une supervision pour 31,7% des procédures. L'association des outils paraît donc indispensable et il est important que les instances de support soutiennent leur mise en place.

En conclusion, les résultats de notre revue de la littérature issue du ressenti des professionnels de soins primaires concernant l'évolution d'une collaboration traditionnelle vers une collaboration optimale sont concordantes avec les données scientifiques issues de la pratique courante des médecins généralistes français. Les résultats des articles permettent de définir des champs prioritaires d'expérimentation ou d'implémentation de la coopération interprofessionnelle, en adaptant les stratégies en fonction des obstacles et des facteurs facilitants. Nos résultats plaident pour une évolution de l'organisation des soins vers des pratiques collaboratives pluriprofessionnelles intégrant le patient partenaire en situation de multimorbidité dans une approche singulière, adaptée et globale respectant la continuité relationnelle soignant-soigné.

5.3.2 COMMENT DEVELOPPER UNE APPROCHE DAVANTAGE CENTREE SUR LE PATIENT ?

Des attentes, des perceptions et des représentations divergentes entre les patients et les professionnelles de santé sont à confronter a priori pour une organisation adaptée des soins primaires. Cette étude de la complémentarité des approches patients/ professionnels, doit se faire au moment de l'élaboration travaux de recherche, avec même la participation des patients à la recherche au Québec.[93] La perspective d'une gouvernance partagée des soins primaires est une des hypothèses d'avenir. C'est dans la pratique des équipes de soins primaires que les usagers du système de santé doivent trouver leur place.[32],[93] Par exemple, les patients ou usagers du système de santé devraient être associés à la gouvernance des équipes de soins primaires. Cette proposition organisationnelle émane de la thèse de Cécile Fournier. Cette thèse a permis de mettre en avant l'absence des patients comme constat récurrent dans les MSP étudiées : « leur présence ne faisaient pas partie des opportunités à saisir pour les professionnels. L'époque est en cela bien différente de celle qui a vu la création des centres de santé mutualistes. Il a été montré récemment que les patients ne portaient pas d'attention particulière à l'organisation du travail de leur médecin généraliste, le plus important pour eux étant la dimension relationnelle, l'information donnée par le médecin, la clarté de ses explications et son écoute, ainsi que son rôle de coordination (Krucien et al. 2011).[101] Cependant l'expérience d'une MSP en France qui s'est dotée d'un comité de représentants des usagers, « pour faire vivre la démocratie sanitaire au niveau des soins primaires recours » (Buffet et al. 2014), montre le souhait de certains usagers de s'impliquer dans le fonctionnement de la structure, et de débattre sur des thèmes tels que le maintien à domicile des personnes âgées, la gestion des consultations non programmées, la prévention ou encore l'information. On peut se demander si le modèle des coopératives (très développé au Canada) ou d'autres formes de communautarisme qui émergent aujourd'hui en France dans différents secteurs ne serait pas un modèle à envisager pour soutenir le développement d'un exercice regroupé qui penserait d'emblée une place pour les usagers. La réflexion sur la gouvernance du système de santé et sur la manière d'y associer des représentants de la société civile est aujourd'hui une préoccupation centrale pour renforcer les droits individuels et collectifs des usagers, qui interroge l'évolution du mouvement des MSP. Comme l'affirme Anne-Marie Ducroux, citée par Claire Compagnon dans son rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », l'innovation essentielle de ces prochaines années viendra « des nouveaux processus inventés pour réunir et entendre la société, pour solliciter l'observation, l'intelligence et l'expérience issue du réel même des acteurs, pour concevoir autrement les politiques adéquates du futur... celles qui détermineront si nous échouons ou réussissons ensemble. Bref [l'innovation] viendra d'une nouvelle gouvernance » (Compagnon 2014 : 13). »[32], [101], [102]

Deuxièmement, travailler à garantir la continuité de la relation avec le patient reste une priorité. la relation de soin est au cœur des préoccupations fondamentales des patients et est structurante pour l'acceptabilité des réformes organisationnelles.[103] Les études de Krucien et al. mettent en évidence que la principale priorité retrouvée pour près de 80% des usagers est l' « obtention d'informations sur le problème de santé ».[101], [102] C'est concordant avec des patients qui souhaitent jouer des rôles plus actifs au sein de la relation médecin-patient,

partager la décision médicale, comprendre son état de santé et gagner en autonomie. C'est concordant avec les modèles actuels de patients partenaires. Si la relation de soin est au cœur des préoccupations des usagers de santé,[103] elle soulève un corollaire qui est celui de la continuité relationnelle et informationnelle et donc de la disponibilité des professionnels. Une fonction de coordination et de synthèse est nécessaire pour assurer la continuité des soins au patient face aux soignants de différents lieux de soins. Cette fonction nécessite une première ligne de soins organisée.[98] Les travaux de Barbara Starfield avaient montré que cette continuité relationnelle dans le temps avec le même professionnel de santé est associée avec une meilleure satisfaction, une meilleure compliance, moins d'hospitalisations et de recours aux urgences, cela permet de mieux reconnaître les problèmes psycho-sociaux qui déterminent l'état de santé des patients.[104] Cela assure plus d'efficacité des services par une économie de temps en consultation, moins d'utilisation d'examen complémentaires et moins de dépenses de santé. L'approche globale en médecine générale, *comprehensive approach*, permet de diminuer les coûts d'assurance maladie et la probabilité de recours à l'hospitalisation.[105] Cette continuité relationnelle dans le temps est aussi un prérequis indispensable à l'instauration d'une relation de confiance permettant l'échange d'informations.[101] Or l'exercice en maison de santé, s'il permet pour les professionnels de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, entraîne une rupture de la continuité relationnelle. Des outils permettant de continuer à assurer cette continuité informationnelle par des outils partagés tels que les dossiers informatisés, une supervision ou des protocoles.[106] Néanmoins, les patients considèrent la continuité des soins meilleure dans les structures de petite taille. Les préoccupations des patients et leurs satisfactions représentent un enjeu clinique mais aussi politique dans la mesure où ils déterminent l'acceptabilité des réformes.[101]

En somme, une révolution du 21^e siècle serait de réorganiser l'offre de soins des patients de premier comme de deuxième recours en tenant compte des préoccupations des usagers. Cela passe aussi bien par l'association des patients comme partenaires dans les MSP ou plus largement au niveau des communautés professionnelles de santé. Pour qu'ils puissent être entendus, c'est dès la formation des professionnels de santé qu'ils pourraient être intégrés aux formations des professionnels comme c'est expérimenté en troisième cycle de médecine générale à Lyon ou à Paris 13 actuellement.

5.4 VERS UN CADRE INSTITUTIONNEL FAVORABLE A L'EXERCICE PLURIPROFESSIONNEL : L'ACCORD-CADRE INTERPROFESSIONNEL ET LES EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51

Jusqu'à présent, l'organisation des soins en France était caractérisée par les principes de la médecine libérale, régis par des conventions entre les syndicats et l'assurance maladie selon une approche mono-professionnelle. En pratique, cela se traduisait par la mise en place de conventions entre la Caisse nationale d'assurance maladie et chaque corps professionnel (médecins, infirmiers, kinés...). L'absence de vision pluriprofessionnelle, qui est néanmoins recommandée par notre revue de la littérature, conduit à la duplication des rôles et peut générer des conflits liés aux concurrences entre professions. Par exemple, l'extension des rôles de sages-femmes conduit ces dernières à assurer une partie du suivi des nouveaux nés au sortir de la maternité (Programme PRADO, Programme de Retour A Domicile), sans que les médecins généralistes soient informés. L'absence de coordination de l'information sur la prise en charge entraîne une rupture de la continuité relationnelle avec le médecin traitant de l'enfant et des parents, ce qui peut poser un problème pour le suivi ultérieur des enfants ou en cas d'urgence. Entre autres, les informations concernant les vaccinations ou les résultats de frottis même pathologiques peuvent ne pas être transmises. Pareillement, la prescription de pilules contraceptives par des sages-femmes peut être problématique, en l'absence de lien autre qu'avec le patient, pour transmettre l'information liée à cette prescription aux professionnels concernés. En effet, la non prise en compte d'une hypertension artérielle non équilibrée contre-indique, par exemple la prescription d'une contraception retard injectable et entraîne un surrisque d'accident vasculaire cérébral pour la patiente. Une autre illustration de l'évolution du cadre législatif est le vaccin antigrippal. Depuis l'arrêté du 23 avril 2019, ce vaccin contre la grippe peut être administré par les pharmaciens d'officine ainsi que les pharmacies mutualistes et de secours minières, de manière généralisée, y compris la primo-vaccination, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine.[107] Pour autant, les infirmières libérales qui étaient jusqu'à présent des acteurs privilégiés de la vaccination antigrippale en partenariat avec les médecins généralistes n'ont eu l'autorisation légale de primo-prescription de ce vaccin antigrippal que tardivement et à des tarifs non évolutifs.[108] Les pratiques internationales accordent fréquemment la vaccination contre la grippe par des infirmières.[60] Néanmoins, les preuves d'efficacité et d'efficience de la vaccination antigrippale par les infirmières restent à être apportées dans la littérature internationale. Deux éléments soulevés par la revue de la littérature sont interrogés par cette pratique différentielle entre les professions de pharmaciens d'officine et d'infirmières libérales. Le premier principe interrogé est celui de la non-concurrence, surtout à la vue des campagnes médiatiques réalisées dans le cadre de la vaccination en officine qui ne mentionnent pas les autres acteurs habilités à vacciner. Selon la HAS, dans une perspective interprofessionnelle, une législation plus égalitaire vis-à-vis de toutes les professions impliquées (infirmières, pharmaciens, médecins généralistes, sages-femmes,), dans le cadre d'un accord interprofessionnel, est recommandée, concernant la primo-vaccination antigrippale.[109] Le second principe questionné est celui de la prise en compte du conflit d'intérêt prescripteur/ fournisseur. Si le principe d'intérêt public de l'amélioration de la couverture vaccinale peut être mis en avant pour les pharmaciens pour

son efficience, [110], [111] il n'en reste pas moins que la prescription et la délivrance d'un vaccin ou de tout autre produit de santé, par un seul acteur pose la question du bénéfice final pour le patient qui pourrait parfois entrer en conflit avec l'enjeu de la rentabilité financière pour le prescripteur.

Pour structurer l'organisation des soins sur des bases cohérentes interprofessionnelles, la mise en place d'un accord-cadre interprofessionnel visant notamment à veiller au déploiement des conventions selon un cadre de pratiques cordonnées constitue à ce titre une évolution majeure. Cet accord-cadre interprofessionnel a été signé le 10 octobre 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS) et a été publié au journal officiel du 7 avril 2019.[38] Il a également été contresigné par 24 organisations syndicales représentatives des différentes professions concernées. Cet accord-cadre est applicable aux professions de santé suivantes : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue et audioprothésiste. Conclu pour une durée de 5 ans, il fixe, pour cette période, les lignes directrices des prochains accords conventionnels conclus avec chacune des professions de santé, ainsi que celles des prochains accords interprofessionnels, en proposant un cadre structurant et une vision interprofessionnelle pour les négociations à venir. En cohérence avec le plan annoncé par le président de la République « Ma santé 2022 », le texte fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires, que ce soit au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles, comme par exemple les nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les trois axes clefs de cet accord sont organisés sur le principe de l'organisation des soins en fonction des parcours de soins des patients, en parallèle avec des financements partagés entre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux. Le premier axe est la coordination des soins autour du parcours de soins des patients, avec une réponse collective et coordonnée apportée aux besoins des patients sur un territoire. La valorisation du travail en équipe est au cœur de cette réforme et doit faire partie intégrante des accords mono- ou pluriprofessionnels. Le second axe est le développement d'outils d'appui aux professionnels de santé (Dossier Médical Partagé, messageries sécurisées de santé, télémédecine, prescription électronique). Le dernier axe est la simplification de l'exercice des professionnels de santé et va de pair avec la mise en place de fonctions de support pour l'exercice des professionnels de santé, toujours dans l'idée d'une prise en charge d'un patient et non plus d'une maladie.

La possibilité de mener des innovations organisationnelles en modifiant les tarifications (qui constituent souvent un obstacle au développement de la coopération interprofessionnelle) a été introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2017.[112] L'objectif de ces expérimentations est de susciter le développement de nouvelles organisations de soins mieux adaptées aux besoins des populations. Plusieurs expérimentations concernent l'organisation des soins primaires et les relations ville-hôpital. Il s'agit notamment de l'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) et du paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps).

L'incitation à une prise en charge partagée et le paiement en équipe de professionnels de santé en ville vont être expérimentés par 39 acteurs de terrain dès cette année, dans le cadre du dispositif article 51, avec au départ 370 porteurs de projets pour 2018. Afin de proposer des modèles applicables aux différentes situations identifiées, les cahiers des charges qui définissent leur cadre et leurs modalités d'application ont été définis à la fois par le ministère des Solidarités et de la santé et par l'Assurance Maladie, conjointement avec des acteurs de terrain volontaires, sélectionnés dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt lancé en 2018 et avec l'avis d'experts : professionnels de santé, sociétés savantes, agences régionales de santé et institutions. L'expérimentation de cette incitation à une prise en charge partagée (Ipep) vise à encourager collectivement des professionnels de santé à s'organiser au bénéfice d'une patientèle commune. Elle a pour objectifs d'améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé, ainsi que de responsabiliser les acteurs du système de santé pour une population donnée. Le principe est qu'un groupement de professionnels de santé volontaires se constitue et définit des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle, afin d'améliorer notamment l'accès aux soins, la coordination des prises en charge, (en particulier ville-hôpital), la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention. Selon les résultats obtenus en matière d'efficacité des dépenses et d'atteinte d'objectifs de qualité, ce groupement pourra être intéressé financièrement. Cet intéressement ne se substitue pas au paiement à l'acte et laisse le groupement libre dans son utilisation.

Le paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) est une seconde expérimentation de financement innovant. Le PEPS correspond à une rémunération forfaitaire annuelle, substitutive à un paiement à l'acte et collective, car partagée entre professionnels de santé pour un suivi en ville. L'objectif principal est de favoriser le travail en équipe et l'organisation intégrée des soins. Les objectifs sont les suivants : améliorer la qualité et la sécurité des soins par le suivi coordonné et collectif de l'équipe, gagner en efficacité et en pertinence, en réduisant les surcoûts liés aux complications et en diminuant le nombre d'actes évitables, améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses, en libérant du temps médical grâce à un approfondissement de la coordination de l'équipe de professionnels de santé.[112]

5.5 ENSEIGNEMENTS PRATIQUES POUR LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES

5.5.1 TENIR COMPTE DE LA GLOBALITE DES PATIENTS ATTEINTS DE DIABETE EN SITUATION DE MULTIMORBIDITE POUR L'ORGANISATION DES SOINS, PLUS PARTICULIEREMENT DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE.

Une première proposition serait de structurer la coopération interprofessionnelle à partir des besoins des patients à risque cardio-vasculaire et plus largement sur la prévention à travers l'éducation thérapeutique. Une vision plus large des patients diabétiques est nécessaire. En effet, La multimorbidité influence la prise en charge des patients et donc aussi la coopération et l'organisation des systèmes de santé.[98] Il n'est pas possible de considérer le patient sous l'angle d'une seule maladie, car cela ne correspond pas à la réalité de terrain : 95% de comorbidités associées dans notre étude. Ces pathologies associées sont responsables des 2/3 des procédures réalisées lors de la consultation. Les procédures de soins chez les patients trop complexes sont considérées comme moins facilement transférables dans la coopération. Deux hypothèses peuvent être soulevées : ces patients nécessitent une synthèse de l'information médicale plus difficile à réaliser en cas de multiplication des intervenants, outre un risque de perte d'informations. La continuité relationnelle est particulièrement importante chez ces patients, d'autant plus qu'une souffrance psychologique est souvent associée aux pathologies chroniques et à leurs risques évolutifs. Nous proposons donc de considérer le patient à risque cardiovasculaire dans son ensemble et pas uniquement le patient vivant avec un diabète, ainsi que de privilégier le transfert de procédures en rapport avec ce risque considéré dans sa globalité. Les besoins de soins des patients à risque cardio-vasculaire sont entre autres représentés par la prise en charge des facteurs de risques par des thérapeutiques médicamenteuses, mais aussi et surtout une large place donnée aux thérapeutiques non médicamenteuses, comme la prévention. Ainsi, nous proposons de privilégier le transfert de procédures considérées à faible risque, telles que la prévention (éducation à la santé et éducation thérapeutique).[20] Néanmoins, la réalisation de ces procédures nécessite l'acquisition par tous les soignants des connaissances nécessaires, de s'approprier les protocoles, mais aussi et surtout de développer des compétences spécifiques d'approche centrée patient et de maîtriser les techniques de l'entretien motivationnel. Ces compétences s'appliquent à l'ensemble des problèmes de santé des patients. Cette approche préventive a l'avantage d'être transversale et de pouvoir être mise en œuvre dans de nombreuses situations cliniques présentées par le patient, ainsi que pour des causes souvent communes (alimentation et sédentarité) pour les facteurs de risque cardio-vasculaires mais aussi pour beaucoup de troubles ostéoarticulaires (lombosciatalgies, arthroses).

Une seconde proposition serait d'élargir la coopération aux équipes de soins primaires, plutôt que de la réserver à des binômes de professionnels. Cette coopération élargie doit correspondre avec des accords conventionnels interprofessionnels. Plus largement, la coopération pourrait être appliquée à la santé mentale dans une approche globale incluant le patient partenaire de sa santé. Dans notre étude quantitative, parmi les comorbidités associées au diabète, la dépression et les perturbations du sommeil arrivent en 4^e et 6^e positions, avec 2,6% et 2,2% des résultats de consultations associés respectivement, après l'hypertension artérielle non compliquée (19%), les dyslipidémies (11,5%) et la gestion de la

santé (5,8%). (Annexe 6 : Résultats de consultation associés chez les patients consultant entre autres pour leur diabète)

Alors que seules 0,8% des procédures effectuées pour le diabète étaient transférables à des psychologues, 13,3% des procédures de conseils thérapeutiques réalisées dans le cadre des comorbidités associées au diabète étaient considérées comme transférables à des psychologues. Ainsi, une de nos propositions issues de notre revue de la littérature est de considérer l'équipe de soins primaires comme une équipe pluriprofessionnelle dans son ensemble et non pas comme des professionnels exerçant isolément ou en binômes, ce qui est confirmé par l'étude quantitative. Ces équipes seraient constituées par des patients communs, avec un projet commun pour ces patients et un financement commun. Si, dans notre étude quantitative, un peu plus d'une fois sur dix, les procédures de conseils thérapeutiques, (entre autres psychiques), peuvent être considérées transférables dans le cadre d'un patient diabétique. Il peut être raisonnable de penser que cela pourrait être beaucoup plus fréquemment le cas, quel que soit le patient ayant des besoins de santé mentale.

Les résultats de l'étude réalisée par A. Pillot dans le cadre d'ECOGEN, (Annexe 3) avaient concerné l'ensemble des procédures réalisées en consultation par les médecins généralistes pour tous les problèmes de santé pris en charge. Parmi les procédures transférables, 72,5 % l'étaient à un seul professionnel de santé : infirmier (40,3%), pharmacien (12,5%), kinésithérapeute (5,1%), psychologue (4,6%), sage-femme (4,1%), secrétaire (3,2%), autre professionnel de santé (2,7%). 27,5% pouvaient être transférées à plusieurs professionnels.[89], [91] Les infirmiers puis les pharmaciens étaient les premiers concernés par les procédures les plus transférables. Cependant d'autres professionnels pouvaient l'être aussi pour des procédures correspondant plus à leurs domaines de compétences. Ainsi, les procédures se référant au système psychique étaient très transférables (25%), même si elles représentaient une proportion plus faible de l'ensemble des procédures réalisées. Par exemple, pour les psychologues, 1271 procédures étaient considérées transférables (soit 7,1% de l'ensemble des procédures transférables : 1271/17888) (IC95% 6,7%-7,5%), 80% concernant le système psychique, avec soit l'écoute active (58%) ou soit l'examen clinique partiel (15%) (pourcentages calculés à partir du total des procédures transférables pour les professionnels par système et par rubrique).

Nos résultats qualitatifs et quantitatifs plaident en faveur de l'intégration de psychologues dans les équipes de soins primaires et de favoriser la collaboration avec ces professionnels de santé. Une méta-analyse montre que la dépression est deux fois plus fréquente (OR = 2.0, 95% CI 1.8–2.2) chez les patients diabétiques que chez des patients non diabétiques.[113] Elle est probablement sous-diagnostiquée. Ainsi, une meilleure coopération avec les psychologues pourrait améliorer la situation.[113] D'autres études canadiennes et australiennes montrent que l'intégration de psychologues dans les équipes de soins primaires, pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs permet de réduire à la fois l'utilisation des services de santé et les coûts, et d'améliorer la qualité de vie des patients.[114], [115], [116] A noter qu'en France, les kinésithérapeutes sont souvent déjà intégrés dans les équipes de soins primaires, contrairement aux pharmaciens et aux psychologues qui partagent le plus souvent des locaux séparés et des exercices très distincts, de par la typologie des rémunérations dans le système de soins français. En revanche, le non-remboursement et le non-conventionnement des

consultations de psychologie représente un frein pour l'accès aux soins des patients, mais aussi pour le travail en équipe. En effet, les nouveaux modes de rémunérations passent par des négociations conventionnelles... C'est donc au niveau de ce corps professionnel que le plus d'évolutions pourraient avoir lieu.

Actuellement, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) expérimente des innovations dans le sens de l'intégration des professionnels de santé mentale en soins primaires et à terme de collaboration au sein des équipes de soins primaires. Deux expérimentations proposent de faire rembourser par la CNAM des consultations auprès des psychologues.⁴ Une première expérimentation, dont les modalités ont été précisées en décembre 2017, prévoit une prise en charge, sur prescription médicale, de la souffrance psychique des jeunes âgés de 11 à 21 ans, par des psychologues libéraux conventionnés. Une seconde expérimentation est lancée fin 2017 dans quatre départements (Morbihan, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Landes). Ce dispositif s'adresse à des adultes de 18 à 60 ans souffrant de troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. Ces expérimentations sont critiquées par la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) qui se positionne en faveur du libre accès direct et de premier recours aux psychologues, la libre durée de prise en charge, ainsi que le montant des honoraires.⁵

Une approche d'équipe avec le patient partenaire a permis de développer des plans personnalisés de soins. Un préalable, avant de transférer des tâches, est de recueillir des données pour définir des groupes de patients auxquels une intervention pourrait bénéficier. Jusqu'à présent la plupart des projets coopératifs concernaient une pathologie. Dans quelle mesure est-il possible de les élargir, en fonction du contexte du patient, à un sous-groupe de pathologies ? (Ex : s'agit-il de s'adresser aux patients présentant un syndrome anxiodépressif ou un stress au travail, ou à plusieurs catégories simultanément ?). Une alternative plus globale consiste en une prise en charge coordonnée dans un modèle d'approche centrée patient. Cette approche a été proposée dans l'essai clinique *SA Healthplus* en Australie. Dans cet essai, une infirmière coordinatrice évalue les besoins de santé avec le patient et ils établissent ensemble un plan hiérarchisé de soins et définissent en fonction les compétences dont les patients vont avoir besoin ainsi que les professionnels de l'équipe à leur disposition pour les mettre en œuvre.[117] En France, les dispositifs de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées. Il s'agit de renforcer le maintien à domicile, d'améliorer la coordination des intervenants, de sécuriser la sortie d'hôpital, d'éviter des hospitalisations inutiles et de veiller au bon usage des médicaments.

⁴https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/vk_presentation_santei_mentale_aftcc_-20181215.pdf

⁵<http://www.psychologues.org/index.php/secteurs/exercice-liberal/actualites/experimentation-par-la-cnam-du-remboursement-des-consultations-aupres-des-psychologues>

5.5.2 UN SUPPORT A L'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE ET UNE ADAPTATION LEGALE ET ECONOMIQUE, PAR UNE GOUVERNANCE REGIONALE IMPLIQUEE

La réorganisation des soins primaires ne peut se faire sans l'implication forte des supports politiques régionaux.[93], [118] L'évaluation scientifique de la coopération interprofessionnelle comporte la validation scientifique des interventions proposées à deux niveaux. Tout d'abord, ce sont les interventions en elles-mêmes qui doivent être validées. Deuxièmement, c'est la mise en œuvre de ces interventions efficaces par des équipes pluriprofessionnelles qui doivent être évaluées en termes médico-économiques.

Premièrement, l'évaluation des interventions de soins primaires doit pouvoir bénéficier de structures de recherche solides permettant de fonder les pratiques.[119] Confier aux professionnels de santé des missions spécifiques de mettre en place des projets de soins à l'échelle des territoires relève du développement simultané, en lien avec ces missions, d'instances de recherche et de formation.[14] La mise en forme de pratiques validées, leur diffusion et leur transmission, tant dans le cadre de la formation théorique que de la pratique, sont des leviers essentiels de la réalisation d'un projet professionnel en relation avec les missions que la profession se voit confier.[14] Dans cette perspective, la conséquence logique de la reconnaissance des missions des médecins généralistes en France est la constitution d'un appareil de recherche et de formation adapté à ces missions.[14] Ces évolutions sont censées répondre aux engagements politiques de la déclaration d'Astana : intégrer dans leurs politiques d'organisation des systèmes de santé les soins primaires et la santé publique ainsi que les acteurs du soins et du médico-social.[8]

Actuellement, les conduites à tenir en soins primaires sont souvent fondées sur des données issues de la pratique des centres hospitaliers, fréquemment étrangères. L'applicabilité en France des évidences scientifiques au contexte des soins primaires peut donc être questionnée. L'agenda pour la recherche européenne montre l'ampleur des questionnements encore à résoudre pour la pratique de soins primaires.[119] Les médecins généralistes français souhaitent participer pour 30% d'entre eux comme investigateurs dans des projets de recherche et pour 3% d'entre eux comme chercheurs coordonnateurs de projets de recherche.[120] Devant l'importance des enjeux de la réorganisation du système de santé français face aux évolutions de la santé des patients au 21^e siècle, des unités de recherche pluriprofessionnelle en soins primaires doivent être renforcées ou créées, afin de servir de support efficace à la réorganisation des soins primaires. Ces unités doivent pouvoir bénéficier de supports financiers et humains suffisants face à l'ampleur des enjeux attendus par les patients dans la nouvelle organisation des soins. La validité scientifique des interventions proposées aux patients doit donc être un prérequis. Deux exemples de dépistages peuvent servir de sources de réflexion. Le dépistage des troubles cognitifs soulève la question de son intérêt éthique, devant l'absence de thérapeutique active à proposer dans les suites.[121] Le dépistage systématique des patients atteints de BPCO par spirométrie nécessiterait des preuves de son efficacité clinique, soit pour favoriser l'arrêt du tabac ou pour diminuer ses complications.[122] Le développement de la spirométrie représente un coût non négligeable dans ce contexte, dont la balance médico-économique mériterait d'être évaluée.

C'est dans un deuxième temps, une fois le prérequis rempli de la validité scientifique des interventions proposées, que la validation des expérimentations en équipe peut avoir lieu. En pratique, actuellement, les dispositifs sont souvent implémentés sans véritable expérimentation (évaluation). Il s'agit donc de mettre en place une approche pragmatique, en distinguant les dispositifs qui nécessitent absolument une expérimentation et ceux pour lesquels c'est probablement moins essentiel. Plusieurs critères semblent pouvoir être envisagés. Nous en proposerons trois. Premièrement, la sécurité du patient est à assurer avec une balance bénéfices/risques favorable, quelle que soit l'intervention proposée médicamenteuse ou toute intervention invasive. Par exemple, la metformine devrait être évaluée sur des critères de morbi mortalité et pas uniquement des critères de jugement intermédiaires.[79] Deuxièmement, des critères éthiques peuvent être mis en avant. Par exemple, pour les dépistages, ils ne devraient pas aboutir à un excès de surdiagnostics ou de surtraitements potentiellement anxiogènes pour les patients sans que ceux-ci aient participé à une décision partagée éclairée ou sans qu'une thérapeutique efficace soit disponible.[123] Troisièmement, les interventions ayant un coût économique élevé doivent être évaluées économiquement pour la société.

La collaboration interprofessionnelle n'est qu'un critère de jugement intermédiaire, souvent difficile à évaluer par la multitude des définitions et des échelles de mesures utilisables. Il convient donc de privilégier les critères de jugement les plus pertinents pour les patients, afin de garantir le niveau d'exigence des soins adaptés aux enjeux de vie des patients. Ces critères d'excellence doivent être des critères de jugement patients, de morbidité et médico-économiques. En priorité, ceux des patients (qualité de vie et satisfaction, impact sur le fardeau du traitement : nombre de visites, temps consacré aux soins, nouvel investissement relationnel vis-à-vis de plusieurs soignants...) sont à privilégier. Parmi les attentes des usagers, les critères de jugement tels que la formation du patient, la continuité ou la coordination des soins pourraient être des critères d'évaluation de la performance des soins primaires.[101], [102] Ensuite viennent les critères de morbidité, incluant les bénéfices et les risques, puis les critères économiques et d'organisation des soins (coût de la formation initiale et continue des nouveaux professionnels, en incluant le taux de renouvellement de ceux-ci, impact sur l'organisation des soins : moins de temps pour d'autres activités réalisées en libéral par exemple, nombre de consultations, de visites ajoutées, nombre d'hospitalisations, nombre de recours aux urgences...). Enfin, la mise en œuvre des interventions dans certains contextes particuliers de soins, telles que les zones déficitaires ou avec des populations en situation de précarité, nécessite d'en étudier les spécificités.

Enfin, à partir de ces données scientifiques, une concertation entre les décideurs et les différents acteurs peut être proposée afin de choisir les actions à mettre en œuvre à large échelle, en tenant compte de la faisabilité, des risques, de l'efficacité et des coûts.

L'efficacité des interventions ne peut être étudiée sans accorder de l'attention aux conflits d'intérêts qui s'y rattachent. Aux États-Unis, les infirmières de pratiques avancées prennent en charge les patients diabétiques de type 2, y compris la prescription. Des recommandations de prises en charge des diabètes par les infirmières de pratiques avancées ont été développées, notamment lorsque la metformine n'est plus suffisante.[124] Tout d'abord, ces recommandations reflètent un modèle théorique de prise en charge des patients centré sur

le biomédical pur, afin de permettre aux infirmières praticiennes, *nurse practitioners*, la prise en charge des diabètes, plus que celle des patients multimorbides.[124] Ce modèle ne correspond donc pas à la complexité des patients de soins primaires de notre étude du BMJ Open, qui a mis en évidence la rareté des patients monopathologiques et l'absence de prise en charge unique protocolisée. En fonction de chaque situation des patients, une prise en charge de ses comorbidités y compris dans une approche interprofessionnelle, ne peut être standardisée, mais doit bien être adaptée à la globalité de chaque patient. Par exemple, il convient souvent de traiter d'abord une dépression chez un patient, si besoin en collaboration avec une psychologue, afin de renforcer les capacités de *coping*, de résilience, avant de pouvoir améliorer la prise en charge du diabète. Ainsi, une prise en charge personnalisée reste la pierre angulaire de la prise en charge de premier recours à l'inverse d'une prise en charge protocolisée.[99] Le second point de réflexion est celui des données scientifiques utilisées pour l'élaboration de ces recommandations.[124] Quelle a été la formation des infirmières de pratique avancée à l'analyse critique de la littérature ? Les auteurs de ces recommandations remercient pour leur assistance *Watermeadow Medical Witney, UK*, financé par Novo Nordisk. Un numéro entier du *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* a été consacré à ces thématiques, alors que des essais cliniques de haut niveau de preuve sont attendus pour permettre d'évaluer l'efficacité de l'insuline, des sulfamides ou de la metformin sur la morbi-mortalité. [79], [125] Alors que la formation des médecins commence à intégrer le concept d'indépendance de l'industrie et d'esprit critique, cela pourrait être étendu à toutes les professions de santé. Alors que les politiques ont présenté leur volonté d'organiser les systèmes de santé vers les soins primaires, ils ont aussi affirmé qu'une de leurs gouvernances serait la limitation des conflits d'intérêts.[8] Ainsi, les recommandations des sociétés savantes de tous les professionnels de santé devraient être adaptées au contexte des soins primaires prenant en charge la globalité des patients (à risque cardio-vasculaire plutôt que diabétiques), à partir de données de la science de haut niveau de preuve, c'est-à-dire fondées sur des données de morbi-mortalité de qualité fondées sur l'intérêt unique du patient.[126], [127]

En pratique, quelles recherches à la suite de nos deux études ? Des études expérimentales et qualitatives sont nécessaires pour valider les propositions d'organisation des soins. Premièrement, des études expérimentales sont nécessaires pour valider les critères d'éligibilité au transfert. Les critères d'éligibilité des patients au transfert (transférer les procédures préventives chez des patients présentant un diabète confirmé et surtout un terrain à risque cardio-vasculaire mais avec peu de problèmes de santé associés), issus de notre travail, doivent être validés par des études observationnelles ou expérimentales. Il serait utile aussi d'analyser la transférabilité à partir de la base ECOGEN dans d'autres situations cliniques (dépression, asthme, situations de prévention, problèmes aigus courants...). Deuxièmement, des études qualitatives devraient préciser les modalités de la coopération pour les patients et les équipes. Des études qualitatives pourraient permettre d'approfondir plusieurs aspects. Tout d'abord, les points de sensibilité de la coopération interprofessionnelle, tels que l'appropriation de la relation avec le patient, les relations hiérarchiques explicites ou implicites entre professionnels pourraient être étudiés ainsi que les moyens de les dépasser. Par exemple, concernant la coopération pour les patients dépressifs sévères, des études qualitatives suggèrent une entente sur les disponibilités, les

temps et moyens de communication à mettre en place, les rôles et tâches respectives, des temps d'échanges de pratiques et d'évaluations du suivi.[128], [129] Les représentations des patients et des professionnels de santé sur les propositions issues de notre travail au sujet du transfert de l'éducation thérapeutique chez le patient à risque cardio-vasculaire nécessitent d'être étudiées.

Après les évolutions attendues pour la recherche, une nouvelle organisation structurelle, légale et économique est attendue pour adapter le cadre des soins primaires. L'élaboration de référentiels de pratiques interprofessionnelles adaptées aux soins primaires est attendue par les professionnels. Des protocoles validés par la HAS en soins primaires sont à promouvoir. Actuellement, il existe encore peu de protocoles validés par la HAS en soins primaires. Ces protocoles doivent permettre de préciser les différentes étapes de la réalisation de l'acte ainsi que le cadre légal et économique. La faisabilité d'une tâche doit différencier ses différentes étapes de prescription, de réalisation et d'interprétation.

Un exemple d'évolution du cadre structurel supporté par la HAS est la création des matrices de maturité des équipes pluriprofessionnelles et de leur coordination. L'organisation des soins en elle-même doit aussi faire l'objet d'évaluations approfondies. L'organisation des soins en Maisons de Santé Pluri professionnelles a montré une efficacité sur l'amélioration du contrôle glycémique et un rapport coût-efficace selon l'IRDES.[130], [131], [132]La complexité de la mise en œuvre de la coopération interprofessionnelle en maison ou pôle de santé a fait proposer par certains la création de postes de coordonnateurs. Ils sont chargés de définir le niveau des compétences coopératives de chaque équipe avec une évaluation de son organisation, à partir des matrices de maturité en soins de premier recours. Il s'agit de référentiels d'analyse et de progression du travail en équipe. L'évaluation externe de cette démarche qualité reste à définir.[133]

La nécessaire adaptation des cadres juridiques et des tarifications reste à mettre en place. La rémunération et la législation sont à adapter aux nouveaux modes d'organisation. Le contexte libéral présente des spécificités à la fois juridiques et de rémunération des actes, qui peuvent être des facteurs limitants. Par exemple, la délégation du fond d'œil aux orthoptistes libéraux exerçant en autonomie complète pose la question de l'autorisation de la prescription de collyres mydriatiques avant la réalisation des fonds d'œil par ces professionnels. A ce jour, la loi ne leur permet pas de réaliser cette prescription et donc de réaliser cet acte dans un contexte de qualité optimale. Cette coopération est déjà protocolisée dans un cadre où les orthoptistes sont salariés. En revanche, la réalisation de l'acte coté par un orthoptiste libéral mais interprété et supervisé par un ophtalmologue libéral ou salarié nécessiterait d'adapter le système de rémunération et de cotation à la nouvelle organisation segmentée de cet acte spécifique qu'est le fond d'œil. A noter qu'en ce qui concerne le bilan visuel de base, cette collaboration a été mise en place entre 2002 et 2018.

Un second exemple d'évolution juridique nécessaire est la création du statut de SISA pour société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Ce statut a été créé en 2011 pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluri professionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

6. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette thèse devait initialement concerner la délégation de tâches entre les professionnels de santé des soins primaires. Cette réflexion nécessitait d'étudier et de réorganiser les soins primaires à partir des besoins et des recours aux soins des patients dans ce contexte. A partir de là, les champs professionnels se devaient d'être définis avant de pouvoir les structurer. C'est ainsi que des référentiels métiers et compétences ont été développés. Ces référentiels définissent des missions pour lesquelles les professionnels doivent acquérir des compétences leur permettant de réaliser des tâches spécifiques au service des patients. Pour répondre aux besoins des patients dans leur globalité, une organisation morcelée des soins, telle que structurée dans la délégation de tâches devenait inopérante, d'où l'évolution vers le concept plus large de coopération interprofessionnelle. La convergence des résultats entre l'étude des représentations des professionnels de santé et l'évaluation des possibilités de coopération interprofessionnelle en fonction de la situation clinique des patients, du point de vue des médecins, ont montré l'obsolescence du concept biomédical centré sur la maladie et la seule relation médecin-patient pour aborder la coopération interprofessionnelle. Plutôt qu'un simple transfert de tâches, l'évolution à attendre est plutôt celle d'une prise en charge globale, adaptée à la situation des patients en situation de multimorbidité. Ces patients requièrent à la fois une prise en charge spécifique adaptée à chaque patient, versus une prise en charge systématique protocolisée, en intégrant ce patient dans une équipe de soins pluriprofessionnelle comme partenaire de sa santé. Ces équipes de soins sont mieux à même de répondre aux demandes de soins polymorphes de patients complexes, aussi bien biomédicales que médico-sociales.

Cette évolution globale du système des soins primaires passe par des changements de représentations des patients. Idéalement, ils doivent passer de patient passif au statut d'acteur partenaire (ce qui n'est pas toujours ni possible ni leur souhait même). Les représentations des professionnels de santé doivent aussi évoluer vers une connaissance des potentiels de chacun et des forces complémentaires à solliciter de manière adaptée pour chaque patient. L'évolution des représentations des uns et des autres passe par des innovations interprofessionnelles dans les formations initiales et continues.

D'autre part, l'ensemble des travaux étudiés montrent que l'organisation des soins du 21^e siècle ne peut et ne doit passer outre les préoccupations des usagers du système de santé qui sont demandeurs de devenir acteurs de la relation de soins dans une perspective d'approche centrée sur la personne partenaire de ses soins. Ce projet est concordant avec la définition de la pratique de la médecine générale par la WONCA (*World Organization of Family Doctors*). Ce n'est donc pas une médecine protocolisée, mais bien une médecine adaptative qui est requise de la part de tous les soignants des équipes de soins primaires. Les patients partenaires de l'organisation des soins pourraient être les moteurs motivationnels de la collaboration interprofessionnelle et les garants de leurs intérêts. Ces patients acteurs souhaitent privilégier un accès à une information médicale de qualité, c'est-à-dire à une information avec des hauts niveaux de preuve et dans un souci permanent d'indépendance des conflits d'intérêts. Les engagements politiques du 21^e siècle lors de la Conférence d'Astana vont dans le sens d'une réorganisation des soins à partir des soins primaires pour répondre aux besoins des populations avant toute autre considération. Les professionnels tentent ainsi

de se réorganiser avec des équipes multiformes pour répondre en collaboration adaptative à des patients ayant tous leurs singularités. La stratégie de transformation du système de santé met l'accent sur « la structuration des soins de proximité... la priorité des priorités. Car c'est de ce levier essentiel que dépendent beaucoup des réponses aux tensions que nous connaissons⁶» et reconnaît l'importance des soins primaires en lien avec les hôpitaux de proximité et l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux. Ainsi, au-delà du développement de la coopération interprofessionnelle dont nous avons montré qu'elle est amenée à se développer, c'est tout le système de soins qui se trouve finalement en pleine mutation. Mutation à laquelle peut utilement contribuer l'évaluation et la recherche dans les 10 ans qui viennent.

⁶ Discours Président Emmanuel Macron le 18 septembre 2018.

7. Références bibliographiques

- 1 Ogedegbe G, Gyamfi J, Plange-Rhule J, *et al.* Task shifting interventions for cardiovascular risk reduction in low-income and middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2014;**4**: e005983–e005983. doi:10.1136/bmjopen-2014-005983
- 2 White K, Williams T, Greenberg B. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; **265**:885–92.
- 3 White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res* 1997; **32**:11–21.
- 4 Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; **38**:831–65. doi:10.1111/1475-6773.00149
- 5 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; **83**:457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- 6 World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). 2008.
- 7 Comité régional de l'Europe, soixante-sixième session. Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation de services de santé intégrés. 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/316279/66wd15f_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1 (accessed 13 Jun 2019).
- 8 Global Conference on primary health care. Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018. 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf> (accessed 13 Jun 2019).
- 9 De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, *et al.* Tackling NCDs: a different approach is needed. *The Lancet*; **379**:1860–1. doi:10.1016/S0140-6736(11)61135-5
- 10 Collège de la Médecine Générale (CMG), Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Manifeste pour un système de santé organisé. 2019. https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/MANIFESTE_SYSTEME_DE_SANTE_28_MARS_2019_CMG_CNGE.pdf (accessed 4 Jun 2019).
- 11 Asch SM, Baker DW, Keeseey JW, *et al.* Does the Collaborative Model Improve Care for Chronic Heart Failure? *Med Care* 2005;**43**. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2005/07000/Does_the_Collaborative_Model_Improve_Care_for.5.aspx
- 12 Coleman K, Austin BT, Brach C, *et al.* Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff Proj Hope* 2009; **28**:75–85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75
- 13 Vargas RB, Mangione CM, Asch S, *et al.* Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J Gen Intern Med* 2007; **22**:215–22. doi:10.1007/s11606-006-0072-5
- 14 Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *QES* 2009 ;**141** :1–6.
- 15 Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. *Health Aff (Millwood)* 2010; **29**:766–72. doi:10.1377/hlthaff.2010.0025
- 16 Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France? *QES* 2007 ;**127** :1–8.
- 17 Natalité - Fécondité - Tableaux de l'économie française | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488> (accessed 23 May 2019).

- 18 OMS. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/ (accessed 2 Mar 2017).
- 19 Partnership for Solutions. *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University: 2002.
- 20 Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, *et al.* Lifestyle Interventions for Patients With and at Risk for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2013; **159:543–51**. doi:10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00007
- 21 Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, *et al.* Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009; **7:357–63**. doi:10.1370/afm.983
- 22 Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, *et al.* Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv Res* 2006; **6:84**. doi:10.1186/1472-6963-6-84
- 23 Boeckxstaens P, Peersman W, Goubin G, *et al.* A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care. *BMC Fam Pract* 2014; **15:159**. doi:10.1186/1471-2296-15-159
- 24 Teljeur C, Smith SM, Paul G, *et al.* Multimorbidity in a cohort of patients with type 2 diabetes. *Eur J Gen Pract* 2013; **19:17–22**. doi:10.3109/13814788.2012.714768
- 25 Muth C, Blom JW, Smith SM, *et al.* Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med* 2019; **285:272–88**. doi:10.1111/joim.12842
- 26 Valderas JM, Gangannagaripalli J, Nolte E, *et al.* Quality of care assessment for people with multimorbidity. *J Intern Med* 2019; **285:289–300**. doi:10.1111/joim.12881
- 27 Bower P, Macdonald W, Harkness E, *et al.* Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract* 2011; **28:579–87**. doi:10.1093/fampra/cm018
- 28 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- 29 Bourgueil Y. Démographie et ressources humaines en santé. In : *Traité de santé publique: Enjeux contemporains de la politique de santé*. 2019. 381–7.
- 30 Levinson W, Lurie N. When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead? *Ann Intern Med* 2004; **141:471–4**. doi:10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013
- 31 Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans 5 pays européens. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé 2015. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
- 32 Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *QES* 2014 ;**200** :1–8.
- 33 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Etudes Résultats* 2019 ;**114**:1–2.
- 34 Vigneron E. Les Centres de Santé - une géographie rétro-prospective. 2014. http://www.fehap.fr/jcms/publications-en-une/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_141766 (accessed 6 Jun 2019).
- 35 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Portrait des professionnels de santé 2016. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé. DREES 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf> (accessed 30 Apr 2019).
- 36 Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *Rev Fr Aff Soc* 2011 ;253–75.

- 37 Mousquès J. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). 2015 ;6.
- 38 Ministère des solidarités et de la santé. Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2. 2019.
- 39 Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS. Inspection générale des affaires sociales 2018. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf (accessed 6 Jun 2019).
- 40 Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. 2016.
- 41 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**.
- 42 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; **19 Suppl 1:116–31**. doi:10.1080/13561820500082529
- 43 Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy* 2004; **9 Suppl 1:28–38**. doi:10.1258/135581904322724112
- 44 A. Sarradon-Eck, A. Vega, M. Faure, *et al.* Créer des liens: les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Rev Epidémiologie Santé Publique* 2008 ; **1246** :1. doi:10.1016/j.respe.2008.04.005
- 45 Sarradon-Eck A, Vega A-L, Faure M, *et al.* Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. ANAES 2004.
- 46 Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustmann M, *et al.* Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. 2002.
- 47 Granovetter M. The strength of weak ties. *Am J Sociol* 1973; **78:1360–80**.
- 48 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; **288:1775–9**.
- 49 Mangione-Smith R, Schonlau M, Chan KS, *et al.* Measuring the Effectiveness of a Collaborative for Quality Improvement in Pediatric Asthma Care: Does Implementing the Chronic Care Model Improve Processes and Outcomes of Care? *Ambul Pediatr* 2005; **5:75–82**. doi:10.1367/A04-106R.1
- 50 Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2015; **16:12–12**. doi:10.1186/s12875-014-0219-0
- 51 Ward J, Spandorfer J, Arenson C, *et al.* The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data AU - Hojat, Mohammadreza. *J Interprof Care* 2015; **29:238–44**. doi:10.3109/13561820.2014.962129
- 52 Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, *et al.* Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014; **14:214**. doi:10.1186/1472-6963-14-214
- 53 Jarman B, Hurwitz B, Cook A, *et al.* Effects of community-based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; **324:1072–5**.
- 54 Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, *et al.* Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* Published Online First: 2018. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
- 55 Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, *et al.* Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2010; **60:40–6**. doi:10.3399/bjgp10X482095

- 56 Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, *et al.* Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* Published Online First: 2019. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2
- 57 Fortin M, Hudon C, Gallagher F, *et al.* Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Fam Pract* 2010; **11:84**. doi:10.1186/1471-2296-11-84
- 58 Nørøxe KB, Moth G, Maindal HT, *et al.* Could the patient have been seen by a nurse; a questionnaire-based survey of GP and patient views in Danish general practice. *BMC Fam Pract* 2013; **14:171**. doi:10.1186/1471-2296-14-171
- 59 Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc* 2016;375–404.
- 60 Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health* 2016; **26:927–34**. doi:10.1093/eurpub/ckw098
- 61 Michot P, Catala O, Supper I, *et al.* [Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review]. *Santé Publique* 2013; **25:331–41**.
- 62 Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, *et al.* The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; **22:15–38**. doi:10.1016/S0749-3797(02)00423-3
- 63 Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, *et al.* Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA* 2006; **296:427–40**. doi:10.1001/jama.296.4.427
- 64 Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, *et al.* Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd 2000. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001481/abstract> (accessed 15 Sep 2016).
- 65 Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, *et al.* Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 16; **379:2252–61**. doi:10.1016/S0140-6736(12)60480-2
- 66 Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, *et al.* Effect of a French experiment of teamwork between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010; **98:131–43**. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.06.001
- 67 Berland Y. Mission “Démographie des professions de santé.” 2002.
- 68 Berland Y. Mission “Coopération entre professions de santé : le transfert de tâches et de compétences.” 2003.
- 69 Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. ONDPS 2006.
- 70 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- 71 Mousques J, Bourgueil Y, Le Fur P, *et al.* Effect of a French experiment of teamwork between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010; **98:131–43**. doi:doi: DOI: 10.1016/j.healthpol.2010.06.001
- 72 Loussouarn C, Franc C, Videau Y, *et al.* La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste? L'impact du dispositif Asalée. *Quest Déconomie Santé* Published Online First : April 2019.<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf> (accessed 27 Apr 2019).

- 73 Bourgueil Y. Skill mix innovation in the workplace and the classroom in France: moving from task transfer to the concept of cooperation? 2019.
- 74 Bourgueil Y. La ressource humaine en santé. Enjeux spécifiques en lien avec la transformation du système de santé. Document de travail. 2016.
- 75 Supper I, Catala O, Lustman M, *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health* 2014; fdu102. doi:10.1093/pubmed/fdu102
- 76 Assurance maladie. Prado, le service de retour à domicile. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado> (accessed 30 Apr 2019).
- 77 Journal Officiel de la République Française (JORF). Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&dateTexte=20190426> (accessed 26 Apr 2019).
- 78 Moore M, Gibbons C, Cheng N, *et al.* Complexity of ambulatory care visits of patients with diabetes as reflected by diagnoses per visit. *Prim Care Diabetes* 2016; **10:281–6**. doi:10.1016/j.pcd.2015.11.006
- 79 Bousageon R, Supper I, Bejan-Angoulvant T, *et al.* Reappraisal of metformin efficacy in the treatment of type 2 diabetes: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS Med* 2012;**9**: e1001204. doi:10.1371/journal.pmed.1001204
- 80 Bousageon R, Supper I, Erpeldinger S, *et al.* Are concomitant treatments confounding factors in randomized controlled trials on intensive blood-glucose control in type 2 diabetes? a systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2013; **13:107**. doi:10.1186/1471-2288-13-107
- 81 Wild S, Roglic G, Green A, *et al.* Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; **27:1047–53**.
- 82 Letrilliart L, Supper I, Schuers M, *et al.* ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014 ;148–57.
- 83 Gallais J-L. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc Rech En Médecine Générale* 1997 ;**45** :1–44.
- 84 Perlberg J, Allonier C, Boissault P, *et al.* Faisabilité et intérêt de l'appariement de données individuelles en médecine générale et de données de remboursement appliqué au diabète et à l'hypertension artérielle. *Santé Publique* 2014 ;**26** :355–63. doi :10.3917/spub.139.0355
- 85 Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; **278:593–600**. doi:10.1056/NEJM196803142781105
- 86 Jamouille M. *Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires: CISP-2*. Care éditions, ASBL 2000.
- 87 Site Web de l'étude ECOGEN : <http://etudeecogen.fr/>.
- 88 Bouffet T. Sur les éléments de la consultation en médecine générale : une étude pilote. Mémoire de recherche en médecine générale, avril 2011.
- 89 Hsiung L, Supper I, Guerin M-H, *et al.* Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *exercer* 2014 ;**114** :162–9.
- 90 O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004; **21:381–6**. doi:10.1093/fampra/cmh407
- 91 Pillot A, Supper I, Guerin M-H, *et al.* Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé: une étude transversale nationale multicentrique. *exercer* 2014 ;**114** :186–93.
- 92 Insee. Tranche d'unité urbaine 2010 (http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-eec10&page=fichiers_detail/eec10/doc/listvaralpha/tu10.htm).
- 93 Soins Primaires Pluriprofessionnels Innovation Recherche (SPP-IR). Développer la recherche en soins primaires : quelles questions ? quelles approches ? AVIESAN -FFMPS Février2019. 1–

96. <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2019/03/actes-developper-la-recherche-en-soins-primaires-sppir-2019-1.pdf> (accessed 26 Jul 2019).
- 94 Clerc P, Martinez L, Morel F. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale Société Française de Médecine Générale. *Doc Rech En Médecine Générale* 1998 ;**52**.
- 95 Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, *et al.* General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. *PLOS ONE* 2018;**13**: e0190522. doi:10.1371/journal.pone.0190522
- 96 Fredrikson DH, Boyda HN, Tse L, *et al.* Improving Metabolic and Cardiovascular Health at an Early Psychosis Intervention Program in Vancouver, Canada. *Front Psychiatry* 2014; **5**:105. doi:10.3389/fpsy.2014.00105
- 97 Karazivan P, Dumez V, Flora L, *et al.* The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Acad Med* 2015; **90**:437–41. doi:10.1097/ACM.0000000000000603
- 98 Belche J-L, Berrewaerts M-A, Ketterer F, *et al.* De la maladie chronique à la multimorbidité: quel impact sur l'organisation des soins de santé? *Presse Médicale* 2015 ; **44** :1146–54. doi:10.1016/j.lpm.2015.05.016
- 99 Moreau A, Kellou N, Supper I, *et al.* L'approche centrée patient: un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer* 2013 ;**110** :268–77.
- 100 Afrite A., Franc C., Mousques J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *QES* 2019 ;**239** :1–8.
- 101 Krucien N, Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *QES* 2011 ;**163** :1–6.
- 102 Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns ? The contribution of the Delphi method. *Health Expect* 2013; **16**:3–13. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00698.x
- 103 Fournier C. *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes.* 2015.
- 104 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; **83**:457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- 105 Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, *et al.* More Comprehensive Care Among Family Physicians is Associated with Lower Costs and Fewer Hospitalizations. *Ann Fam Med* 2015; **13**:206–13. doi:10.1370/afm.1787
- 106 Supper I, Catala O, Lustman M, *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health* 2014; **37**:716–27. doi:10.1093/pubmed/fdu102
- 107 Code de la santé publique | Legifrance. Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.
- 108 Code de la santé publique | Legifrance. Article R4311-5-1. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=77223A61FCBA7157800341573DECE52C.tplgfr21s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190725 (accessed 25 Jul 2019).
- 109 Haute Autorité de Santé. Décision n° 2018.0117/DC/SEESP du 25 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation vaccinale relative à l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe. HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867274/fr/decision-n-2018-0117/dc/seesp-du-25-juillet-2018-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-recommandation-

vaccinale-relative-a-l-extension-des-competences-des-professionnels-de-sante-en-matiere-de-vaccination-contre-la-grippe (accessed 25 Jul 2019).

- 110 Isenor JE, Edwards NT, Alia TA, *et al.* Impact of pharmacists as immunizers on vaccination rates: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine* 2016; **34**:5708–23. doi:10.1016/j.vaccine.2016.08.085
- 111 O'Reilly DJ, Blackhouse G, Burns S, *et al.* Economic analysis of pharmacist-administered influenza vaccines in Ontario, Canada. *Clin Outcomes Res* 2018; **10**:655–63. doi:10.2147/CEOR.S167500
- 112 Ministère des solidarités et de la santé. Expérimentations innovantes en santé. Mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport au conseil stratégique. Art. 51 Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf (accessed 27 Apr 2019).
- 113 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, *et al.* The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care* 2001; **24**:1069. doi:10.2337/diacare.24.6.1069
- 114 Chomienne M-H, Grenier J, Gaboury I, *et al.* Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pr* 2011; **17**:282–7. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01437.x
- 115 Winefield HR, Turnbull DA, Seiboth C, *et al.* Evaluating a program of psychological interventions in primary health care: consumer distress, disability and service usage. *Aust N Z J Public Health* 2007; **31**:264–9.
- 116 Bower P, Knowles S, Coventry PA, *et al.* Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;**9**.<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001025.pub3/abstract> (accessed 13 May 2014).
- 117 Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *BMJ* 2005; **330**:662–5. doi:10.1136/bmj.330.7492.662
- 118 Brocas A-M. Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France? *Rev Fr Aff Soc* 2010 ;103–10.
- 119 Hummers-Pradier E. Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Maastricht: European General Practice Research Network, EGPRN 2009.
- 120 Supper I, Ecochard R, Bois C, *et al.* How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. *Fam Pract* 2011; **28**:226–32. doi:10.1093/fampra/cm073
- 121 HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. 2011.
- 122 US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Chronic Obstructive Pulmonary DiseaseUS Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2016; **315**:1372–7.
- 123 Gøtzsche P, Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* Published Online First: 2013. doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5
- 124 Tierney K. Therapeutic choices, and the nurse practitioner's role, in type 2 diabetes when metformin alone is no longer enough. *J Am Acad Nurse Pract* 2012; **24**:234–48. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00720.x
- 125 Erpeldinger S, Rehman MB, Berkhout C, *et al.* Efficacy and safety of insulin in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Endocr Disord* 2016; **16**:39. doi:10.1186/s12902-016-0120-z
- 126 Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ* 2013;**346**: f3830. doi:10.1136/bmj.f3830
- 127 Spence D. Evidence based medicine is broken. *BMJ* 2014;**348**: g22. doi:10.1136/bmj.g22
- 128 Van den Broeck K, Remmen R, Vanmeerbeek M, *et al.* Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. *J Affect Disord* 2016; **200**:189–203. doi:10.1016/j.jad.2016.04.044

- 129 Van den Broeck K, Ketterer F, Remmen R, *et al.* Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: A Belgian Qualitative Study. *Int J Integr Care* 2017; **17:7–7**. doi:10.5334/ijic.2491
- 130 Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, *et al.* Les maisons de santé: un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne. *Santé Publique* 2009 ;**21** :79–90. doi :10.3917/spub.090.0079
- 131 Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, *et al.* Group practice dynamics among private general practitioners from 1998 to 2009. *QES* 2010;**157**.
- 132 Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique* 2009 ;**21** :27–38. doi :10.3917/spub.090.0027
- 133 HAS. Matrice de maturité en soins primaires Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. 2012.

8. ANNEXES

8.1 ETUDE DES ELEMENTS DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

1. Département de médecine générale, université Claude-Bernard-Lyon 1.

2. Département de médecine générale, université de Rouen.

3. Département de médecine générale, université de Nice-Sophia-Antipolis.

4. Département de médecine générale, université Paris-5-Descartes.

5. Service de biostatistiques, Hospices civils de Lyon.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale

The ECOGEN study: elements of the consultation in general practice

Laurent Letrilliart,¹ Irène Supper,¹ Matthieu Schuers,² David Darmon,³ Pascal Boulet,² Madeleine Favre,⁴ Mad-Hélénie Guérin,⁵ Alain Mercier²

exercer 2014;114:148-57.

laurent.letrilliart@univ-lyon1.fr

Context. In France, few data allow to have an overview of the reasons for seeking care and of the health problems in primary care. Data from the rare existing private operators are poorly accessible.

Objective. To describe the protocol and the main results of the ECOGEN study, especially the distribution of the reasons for encounter and consultation results.

Methods. Multicentre, cross-sectional national study, conducted in general practice. Investigators were 54 interns from 27 medical schools, during their training under direct supervision by 128 university trainers. They have been educated to structuring the electronic health record and to the use of the International classification of primary care (ICPC-2). They have collected and entered variables specific to each consultation over a period of 20 days, distributed between December 2011 and April 2012, and variables on their trainer(s).

Results. Consultation data have been recorded for 20613 consultations. Each consultation included in average 2.6 reasons for encounter, 2.2 consultation results, and 4.7 processes of care. Each consultation result was thus associated to 1.2 reason for encounter and to 2.1 processes of care. The most frequent consultation result corresponded to situations of prevention (11.0% of the consultation results), followed by the cardiovascular risk factors: uncomplicated hypertension (7.0%), lipid disorder (3.7%), non-insulin dependent diabetes (2.4%). The most frequent reasons for encounter were for seeking repeat prescribing (21.3%), the follow-up of a health problem (5.7%) and the discussion of investigations results (4.0%).

Conclusion. The ECOGEN study attests to the diversity and the continuity of care of the general practitioner, who is a true partner in preserving and improving his patients' health.

Mots-clés

Résultats de consultation

Motifs de consultation

Médecine générale

Key words

Consultation results

Reasons for encounter

General practice

Introduction

En France, peu de données permettent d'avoir une vue d'ensemble de la réalité des motifs de recours aux soins et des problèmes de santé en soins primaires. Quelques systèmes de recueil continu et systématique de données de morbidité en médecine de ville existent, essentiellement les réseaux d'IMS-Health (*Intercontinental Marketing Services*) et Thales (CEGEDIM). Ces opérateurs privés sont orientés vers le suivi des prescriptions médicamenteuses et leurs données ne sont pas librement accessibles¹. La Société française de médecine générale (SFMG) a développé depuis 1995 un réseau national composé de plus d'une centaine de

médecins généralistes, constituant l'Observatoire de la médecine générale (OMG). Celui-ci a permis d'alimenter une base de données médicales exploitables, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des résultats de consultation. Cet observatoire a interrompu ses activités en 2011 faute de soutien financier pérenne². Il existe aussi des enquêtes ponctuelles réalisées en population générale par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), qui décrivent la morbidité déclarée³.

Hormis une large étude de faisabilité portant sur les résultats de consultation (à l'exclusion des motifs de consultation et des procédures de soins)⁴, aucun recueil de données de consultation de médecine générale

d'envergure n'a été réalisé en France jusqu'à présent en utilisant la Classification internationale des soins primaires (CISP)⁵. Celle-ci a pourtant été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires⁶. La nécessité de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste pour penser le soin et l'enseigner a conduit le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) à mettre en œuvre une étude d'envergure nationale, l'étude ECOGEN (Éléments de la Consultation en médecine GENérale).

L'objectif de cet article est de décrire le protocole et les principaux résultats de cette étude, en termes de distribution des motifs et des résultats de consultation. La description des procédures de soins fait l'objet d'un article spécifique de ce numéro⁷.

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Elle comportait 128 centres, constitués de cabinets accueillant des internes en stage supervisé de niveau 1, rattachés à 27 départements de médecine générale (figure 1).

Critères d'inclusion

Les données ont été recueillies par 54 internes de médecine générale en stage supervisé chez le praticien (niveau 1), chacun étant investigateur dans 1 à 3 centres (terrains de stage). Ils ont été dirigés par 40 enseignants de médecine générale, dont 30 chefs de clinique universitaires.

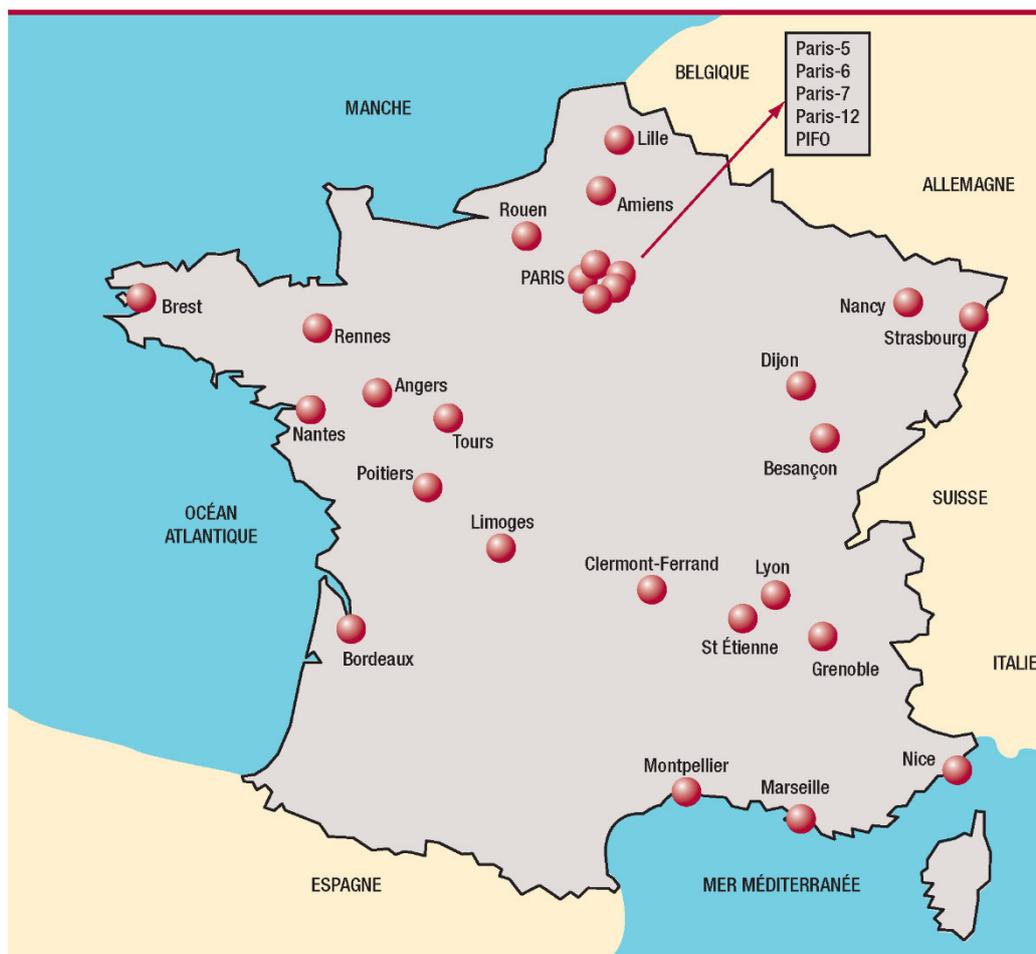


Figure 1. Répartition géographique des 27 universités participantes

Toutes les consultations des maîtres de stage universitaires (MSU) de ces centres, à leur cabinet ou à domicile, durant une période de 20 jours ouvrés répartis entre décembre 2011 et avril 2012, ont été incluses. Les journées d'inclusion représentaient ainsi approximativement une journée (ou deux demi-journées) de stage sur quatre journées hebdomadaires, en alternance entre les MSU si l'interne avait plusieurs terrains de stage. Était inclus tout patient vu en visite ou consultation, et ne manifestant pas son refus de participer. En cas de refus de participation, le motif était enregistré. Il était demandé à chaque interne de recueillir un minimum de 400 consultations pendant la durée de l'étude.

Formation des investigateurs

Les internes investigateurs ont bénéficié d'une journée et demie de formation au recueil et à la saisie des données, dans le cadre de deux séminaires interrégionaux organisés à Lyon et Paris. Les principes de la structuration du dossier médical informatisé « orienté problème »⁸ et d'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2)⁹ leur ont été enseignés. Ils ont bénéficié d'exercices pratiques, fondés sur l'analyse de consultations filmées¹⁰. Diverses situations emblématiques de médecine générale avaient été auparavant mises en scénario, puis filmées et montées. Celles-ci intriquaient des préoccupations relatives à des problèmes chroniques et à des problèmes aigus intercurrents, exprimées par le patient (au début ou en cours de consultation) ou induites par le médecin. Les internes ont été entraînés à repérer les différentes composantes de la consultation (motifs de consultation du patient, procédures de soins, résultats de consultation du médecin).

Une fiche aide-mémoire, rappelant les diverses procédures formelles nécessaires au recueil et à la saisie des données, a été remise aux internes investigateurs¹¹. Durant la période de recueil des données, un forum leur a permis d'échanger sur les difficultés liées au codage et à la saisie des données, dans le but d'améliorer la qualité des données. La faisabilité du recueil et de la saisie des données avait été testée dans le cadre d'une étude pilote en mars 2011¹².

Recueil des données

Les données concernant les consultations ont été recueillies en texte libre sur un questionnaire papier, à la fin de chaque consultation d'un patient. Il s'agissait des variables suivantes :

- lieu de consultation (cabinet ou visite) ;
- âge ;
- genre ;
- catégorie socioprofessionnelle et statuts d'exonération éventuelle du patient ;
- patient nouveau ou déjà connu ;
- résultats de consultation (problèmes diagnostiqués

par le médecin), leur caractère nouveau ou ancien, chronique¹³, et iatrogène éventuel ;

- pour chaque résultat de consultation, les motifs de consultation (symptômes ou plaintes du patient), les procédures de soins réalisées et programmées ;
- pour chaque procédure, l'évaluation par l'interne de sa transférabilité éventuelle à d'autres professionnels de santé ;
- durée de la consultation.

Les données suivantes ont été recueillies à propos des MSU :

- âge ;
- genre ;
- milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain, code postal et ville de résidence) ;
- secteur conventionnel ;
- mode d'exercice (isolé, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé) ;
- nombre annuel de consultations (selon le RIAP 2010) ;
- réception des visiteurs médicaux ;
- réception des délégués de l'assurance maladie.

Saisie des données

Les internes investigateurs ont saisi de façon différée (de préférence le même jour, en fin de journée) les données préalablement recueillies sur les questionnaires papier dans une base de données centralisée accessible sur un site Web dédié. Les données concernant les motifs et résultats de consultation ainsi que les procédures de soins ont été saisies sous la forme de codes de la CISP-2, avec l'assistance d'un moteur d'aide au codage en ligne proposant un choix de codes lors de la saisie d'un texte libre. Dans le cadre du contrôle de la qualité des saisies, une double saisie a été réalisée par chaque interne investigateur sur un échantillon d'environ 20 consultations du premier jour de consultation d'une semaine de février 2012.

Analyses des données

La base de données relationnelle, de format « MySQL », a bénéficié d'un contrôle qualité, qui a permis de repérer

	n	Par résultat de consultation	Par consultation
Consultations	20 613		
Résultats de consultation	45 582		2,21 (2,19-2,23)
Motifs de consultation	54 589	1,20 (1,19-1,20)	2,65 (2,63-2,67)
Procédures de soins	97 779	2,15 (2,14-2,16)	4,74 (4,70-4,78)

Tableau 1. Fréquence des différences éléments de consultation

	n	(%)
Âge		
0-4 ans	1 762	(8,48)
5-14 ans	1 500	(7,22)
15-30 ans	2 465	(11,86)
31-45 ans	3 541	(17,04)
46-49 ans	4 103	(19,74)
60-74 ans	4 118	(19,82)
75-111 ans	3 291	(15,84)
Total	20 780	(100,00)
Genre		
Masculin	8 674	(41,74)
Féminin	12 107	(58,26)
Total	20 781	(100,00)
Antériorité		
Connu	19 635	(94,49)
Nouveau	1 146	(5,51)
Total	20 781	(100,00)
Statuts d'exonération		
Au moins une	6 289	(20,28)
ALD	4 797	(23,10)
CMU	860	(4,14)
AME	56	(0,27)
AT	445	(2,14)
MP	79	(0,38)
Invalité	333	(1,60)
Aucune	14 481	(69,72)
Total	20 770	(100,00)
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitants	74	(0,36)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	575	(2,77)
Cadres et professions intellectuelles	1 052	(5,06)
Professions intermédiaires	1 247	(6,00)
Employés	4 014	(19,32)
Ouvriers	820	(3,95)
Retraités	6 801	(32,73)
Autres personnes sans activité professionnelle	6 190	(29,79)
Total	20 781	(100,00)

Tableau 2. Caractéristiques des patients

les valeurs manquantes et aberrantes. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS®. Elles ont consisté à décrire la fréquence des motifs et des résultats de consultation, et leur distribution anatomique (chapitres de la CISP-2) et étiologique (composantes de la CISP-2).

La représentativité des MSU des centres participants par rapport aux médecins généralistes français (à l'exclusion des médecins d'exercice particulier ; source : CnamTS) a été évaluée en comparant les distributions d'âge, de genre, de milieu d'exercice (tranches d'unité urbaine¹⁴), de secteur conventionnel et de volume d'activité. Les patients ayant refusé de participer ont été comparés aux patients inclus pour l'âge, le genre, les statuts ALD et CMU. Les comparaisons ont été réalisées avec un test du chi-2 pour les variables qualitatives, avec un test de Student ou un test de Wilcoxon (en l'absence de distribution normale) pour les variables quantitatives. La comparaison du nombre de résultats de consultation par consultation entre la saisie initiale et la double saisie a été réalisée avec un test de Wilcoxon.

Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration a été établie auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) puis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Bien que cette étude d'observation ne modifiait pas les pratiques habituelles des médecins, et n'entraînait pas *a priori* dans le cadre de la loi Huriet, une déclaration a été adressée auprès d'un comité de protection des personnes (CPP). Une affiche d'information des patients destinée à être apposée dans les cabinets des MSU concernés a été mise à la disposition des internes investigateurs. Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 a été obtenue de la WONCA, à titre dérogatoire compte tenu du non-acquittement des droits relatifs à cette classification par la France jusqu'à présent.

Résultats

La base de données comportait initialement 20 945 consultations. Le contrôle qualité de la base de données a conduit à exclure 164 consultations, en raison d'une date de consultation en dehors de la période d'étude (26 consultations), d'une invalidation par l'interne après saisie (57), de l'absence de données concernant le patient et le contexte (1), de l'existence de motifs sans résultats de consultations associés (9), de doublons (66) ou de l'absence de tout élément de consultation (5). Au total, 20 781 consultations ont été analysées, correspondant à 385 consultations en moyenne par interne investigateur. Le patient a refusé la présence de l'interne pour 168 consulta-

tions (0,8 %), mais aucun n'a refusé de participer à l'étude. Les données de consultation ont ainsi été enregistrées pour 20 613 consultations.

Caractéristiques des consultations

Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins. Chaque résultat de consultation était ainsi associé à 1,2 motif de consultation et à 2,1 procédures de soins (tableau 1). Après exclusion de 13 valeurs supérieures à une heure, la durée moyenne des consultations était de 16,7 minutes (IC95 = 16,6-16,8) et sa durée médiane était de 15 minutes. Les visites à domicile représentaient 6,1 % de l'ensemble des consultations. La patientèle ayant consulté était composée de 94,5 % de patients déjà connus du médecin, de 58,3 % de femmes, de 15,7 % d'enfants de moins de 15 ans et de 15,8 % de personnes âgées de plus de 75 ans, de 4,4 % de patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME (tableau 2).

Résultats de consultation

Le résultat de consultation le plus fréquent correspondait à des situations de prévention (11,0 % des résultats de consultation) (tableau 3). Les facteurs de risque cardiovasculaire constituaient des résultats de consultation fréquents : hypertension artérielle non compliquée (7,0 %), dyslipidémie (3,7 %), diabète non insulino-dépendant (2,4 %). Les résultats de consultation les plus fréquents incluaient aussi les infections respiratoires aiguës, notamment des rhinites et/ou pharyngites (4,3 %) ou des bronchites ou bronchiolites (1,5 %). La dépression et les perturbations du sommeil représentaient respectivement 2,7 et 1,5 % des résultats de consultation, l'hypothyroïdie 1,4 %. Parmi l'ensemble des résultats de consultation, 39,6 % au minimum correspondaient à des problèmes de santé chroniques. En dehors du chapitre « général » (16,6 %), les chapitres les plus fréquemment concernés correspondaient aux appareils cardiovasculaire (13,5 %) et musculosquelettique (12,6 %). Les problèmes psychologiques et sociaux représentaient respectivement 8,2 et 1,4 % des résultats de consultation rapportés (figure 2). Les résultats de consultation correspondaient à un diagnostic dans 80 % des cas et à un symptôme ou une plainte dans 20 % des cas (figure 3).

Motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 % des motifs de consultation) (tableau 4). Le patient consultait pour le suivi d'un problème de santé dans 5,7 % des cas et pour discuter de résultats d'examens dans 4 % des cas. Le motif était d'ordre administratif dans 2,9 % des cas, et correspondait à une

demande relative à une vaccination ou un traitement préventif dans 1,7 % des cas. Les symptômes respiratoires étaient des motifs fréquents de consultation, en particulier la toux (4,8 %), la congestion nasale (2 %) et les symptômes et plaintes de la gorge (1,8 %), de même qu'une fièvre (2,6 %). En dehors du chapitre « général » (15,5 %), les chapitres les plus fréquemment concernés correspondaient aux appareils cardiovasculaire (13,3 %) et respiratoire (13,3 %) (figure 2). Les motifs de consultation correspondaient à une demande de procédure dans 50,2 % des cas, à un symptôme ou une plainte dans 43 % des cas et à un diagnostic dans 6,8 % des cas (figure 3).

L'épisode de soins ne répondait pas à une demande du patient mais était initié par le médecin dans 9,4 % des cas. Un résultat de consultation correspondant à une situation de prévention était présent dans 22 % des consultations, initié par le médecin dans 52,8 % des cas.

Représentativité et validité des données

Les MSU des centres participants ne différaient pas de l'ensemble des médecins généralistes français pour l'âge moyen ($p = 0,89$), le genre ($p = 0,41$), le milieu d'exercice ($p = 0,72$), le secteur conventionnel ($p = 0,75$) et le nombre annuel de consultations ($p = 0,25$). Ils appartenaient néanmoins plus souvent aux classes d'âge de 40 à 44 ans et de 50 à 59 ans ($p = 0,01$) (tableau 5). Les patients ayant refusé la présence de

Code	Rubrique	n	(%)
A98	Gestion santé/médecine préventive	5 000	(10,95)
K86	Hypertension non compliquée	3 189	(6,99)
R74	Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	1 969	(4,31)
T93	Trouble du métabolisme des lipides	1 691	(3,70)
A97	Pas de maladie	1 235	(2,70)
P76	Dépression	1 216	(2,66)
T90	Diabète non insulino-dépendant	1 093	(2,39)
R78	Bronchite aiguë/bronchiolite	697	(1,53)
P06	Perturbation du sommeil	669	(1,47)
T86	Hypothyroïdie/myxoedème	647	(1,42)
Total		17 406	(38,14)

Tableau 3. Top 10 des résultats de consultation (n = 45 642)

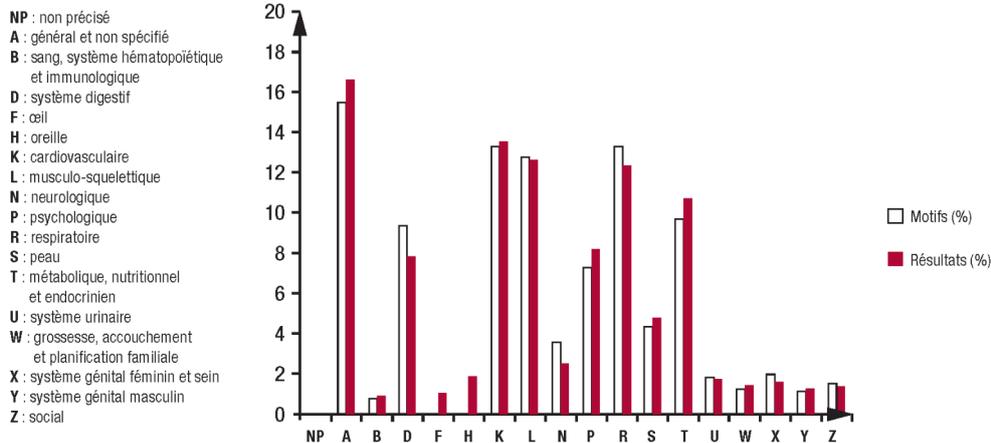


Figure 2. Distribution des motifs et résultats de consultation par appareil

l'interne ne différaient pas des patients inclus pour l'âge ($p = 0,63$) et les statuts ALD ($p = 0,12$) et CMU ($p = 0,74$), mais ils étaient plus souvent de sexe féminin (66,7 vs 58,2 % ; $p = 0,03$).

Un échantillon de 987 questionnaires (4,7 %) a fait l'objet d'une double saisie. Le nombre de résultats de consultation par consultation ne différait pas entre les deux saisies (différence moyenne : 0,002 ; $p = 0,69$). Parmi les 2 230 résultats de consultation correspondant, 72 différaient entre les deux saisies (3,2 %), dont 26 du fait d'un résultat manquant. Parmi les 2 643 motifs de consultation correspondant, 176 différaient entre les deux saisies (6,7 %), dont 90 du fait d'un motif manquant.

Discussion

Alors que notre système de soins place de plus en plus le médecin généraliste traitant au centre de la prise en charge des patients¹⁵, l'étude ECOGEN a permis de décrire de façon précise le contenu de l'acte de consultation en médecine générale. Elle a montré qu'en moyenne les consultations de médecine générale comportent 2,2 résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin), chacun répondant à 1,2 motif de consultation (symptôme ou plainte du patient) et associé à 2,1 procédures de soins (réalisées ou programmées). L'activité des médecins généralistes est dominée par les situations de prévention (11 %), recouvrant la promotion de la santé et le dépistage, et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (13,1 % pour l'hypertension artérielle non compliquée, la dyslipidémie et le diabète non insuli-

nodépendant). La prise en charge des problèmes de santé est initiée par le médecin dans 9,4 % des cas, et dans 52,8 % des cas lorsqu'il s'agit d'une situation de prévention. Alors que les motifs de consultation comportent 43 % de symptômes et plaintes, les résultats de consultation n'en comportent plus que 20 %.

Diversité et continuité des soins

Du fait de leur accès en premier recours, les médecins généralistes accueillent des patients présentant des profils très variés, notamment en termes d'âge, de genre et de milieu socio-économique. Ils suivent habituellement leurs patients au long cours, connaissant déjà le patient dans 94,5 % des consultations. Ils prennent en charge des problèmes de santé somatiques mais aussi psychologiques et sociaux, chroniques dans plus de 40 % des cas. Ils sont confrontés au repérage de facteurs de risque et au diagnostic de maladies se présentant fréquemment sous la forme de symptômes indifférenciés. Ces observations sont caractéristiques de l'exercice de la médecine générale en Europe¹⁶. Les principaux résultats de consultation identifiés dans cette étude sont assez concordants avec les données de l'Observatoire de la médecine générale, qui sont habituellement rapportées au nombre de consultations. Celles-ci montraient ainsi pour l'année 2009 la prédominance des situations de prévention (24,3 % des consultations), des facteurs de risque cardiovasculaires (24,9 % pour l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète non insulino-dépendant) et des infections des voies respiratoires (28,4 % pour la rhinopharyngite, l'angine, la rhinite, la toux et la bronchite aiguë)¹⁷. Sept des dix résultats de consultation les plus fréquents

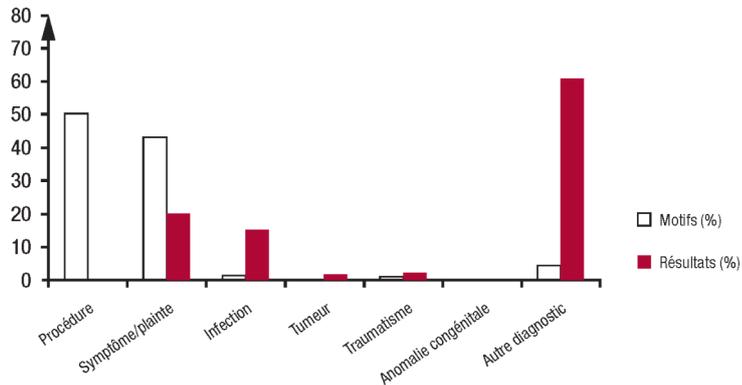


Figure 3. Distribution des motifs et résultats de consultation par composante

selon nos résultats étaient retrouvés dans les dix problèmes les plus souvent pris en charge par les médecins généralistes en Australie, à l'exception des troubles du sommeil, de l'hypothyroïdie, et de l'absence de maladie¹⁸. La fréquence élevée des situations d'hypothyroïdie et des perturbations du sommeil dans notre étude est confirmée par le classement (en quantité) de la lévothyroxine au 6^e rang des substances actives les plus vendues en ville en 2012, et le classement du zolpidem et de la zopiclone aux 13^e et 20^e rangs¹⁹. En moyenne, les médecins généralistes prennent en charge simultanément 2,2 problèmes de santé au cours d'une consultation de 16,7 minutes. Cette estimation est proche d'une estimation française antérieure issue d'un recueil automatisé à partir des dossiers médicaux informatisés (2,1 problèmes par consultation)⁴. Elle est inférieure à celles issues d'une étude de consultations enregistrées par vidéo en Angleterre en 2011 (2,5 problèmes en 11,9 minutes)²⁰ et de l'observation par des étudiants aux États-Unis d'Amérique en 1999 (2,7 problèmes en 19,3 minutes)²¹. Compte tenu du lien entre la durée de la consultation et le nombre de problèmes pris en charge²⁰, ces variations suggèrent une influence du système de santé sur ce dernier indicateur²². La proportion de symptômes et plaintes résiduels parmi les résultats de consultation (20 %) est proche de l'estimation de la SFMG (27 %)²³ et plus encore d'une estimation australienne (18 %). Elle témoigne des situations où l'expertise du médecin généraliste ne permet pas de poser un diagnostic de maladie ou de syndrome au terme de la consultation. La durée moyenne des consultations dans l'étude ECOGEN (16,7 minutes) est proche d'une estimation nationale de 16 minutes en 2002²⁴.

Forces et faiblesses de l'étude

L'étude ECOGEN est la première en France à étudier le contenu des consultations en recueillant les motifs de consultation et les procédures rattachées à chaque résultat de consultation. Une étude ponctuelle réalisée en 1997 par la SFMG avait décrit les procédures de

Code	Rubrique	n	(%)
-50	Médication/prescription/injection	11 603	(21,25)
-64	Épisode initié par dispensateur	5 151	(9,44)
-63	Rencontre de suivi	3 123	(5,72)
R05	Toux	2 601	(4,76)
-60	Résultats analyses/examens	2 201	(4,03)
-62	Contact administratif	1 609	(2,95)
A03	Fièvre	1 413	(2,59)
R07	Congestion nasale/éternuement	1 105	(2,02)
R21	Symptôme/plainte de la gorge	967	(1,77)
-44	Vaccination/médication préventive	926	(1,70)
Total		30 699	(56,24)

Tableau 4. Top 10 des motifs de consultation (n = 54 590)

	Échantillon (n = 128)	France (n = 54 050)	P
Âge - n (%)			0,01
32-39 ans	11 (8,59)	6 038 (11,2)	
40-44 ans	14 (10,9)	4 827 (8,94)	
45-49 ans	10 (7,81)	6 600 (12,2)	
50-54 ans	33 (25,8)	10 808 (20,0)	
55-59 ans	38 (29,7)	11 195 (20,8)	
60-70 ans	22 (17,2)	14 473 (26,8)	
Total	128	53 941	
Moyenne (écart-type)	52,64 (7,88)	52,73 (9,35)	0,89
Genre - n (%)			0,41
Masculin	85 (66,4)	37 699 (69,8)	
Féminin	43 (33,6)	16 349 (30,2)	
Total	128	54 048	
Milieu d'exercice - n (%)			0,72
Commune rurale (nombre d'habitants)	18 (14,1)	7 696 (15,7)	
< 5 000	12 (9,37)	4 681 (9,54)	
5 000-9 999	8 (6,25)	3 692 (7,52)	
10 000-19 999	8 (6,25)	2 962 (6,03)	
20 000-49 999	7 (5,47)	3 612 (7,36)	
50 000-99 999	9 (7,03)	4 111 (8,38)	
100 000-199 999	8 (6,25)	3 333 (6,79)	
200 000-1 999 999	39 (30,5)	13 694 (27,9)	
Paris	19 (14,8)	5 300 (10,8)	
Total	128	49 081	
Secteur conventionnel - n (%)			0,75
1	118 (92,2)	50 216 (92,9)	
2 ou 3	10 (7,81)	3 834 (7,09)	
Total	128	54 050	
Nombre de consultations (année 2010)			
Moyenne (écart-type)	5 139 (1 762)	4 960	0,25

Tableau 5. Représentativité des médecins participants (année 2012)

soins par consultation et non par résultat de consultation²⁵. Les forces de cette étude résident dans son ampleur, la qualité des données recueillies et la représentativité des praticiens. Les erreurs de classification des données ont été limitées par la formation des

investigateurs au recueil des données et les erreurs de saisie par la mise à disposition d'un moteur de codage. La motivation des internes était renforcée par leur utilisation de la base de données collectivement constituée pour leur travail personnel de thèse. L'étude a permis de recueillir des données inédites, comme la durée des consultations ou la catégorie socioprofessionnelle des patients. La bonne représentativité des médecins autorise l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes français.

Si l'étude permet de connaître la distribution des motifs de recours et des problèmes de santé pris en charge en médecine générale, elle ne permet pas de connaître la prévalence et l'incidence des problèmes de santé de la population française. En effet, tous les problèmes de santé chroniques (maladies ou facteurs de risque), connus ou inconnus, n'ayant pas été pris en charge durant les consultations incluses n'ont pas été enregistrés. Les données ayant été recueillies principalement durant la période hivernale, les affections virales et bactériennes des voies respiratoires supérieures et inférieures ont vraisemblablement été surestimées. Il n'a pas été possible d'évaluer spécifiquement la représentativité des patients inclus.

Perspectives

En matière d'enseignement, l'étude apporte de précieuses orientations. Les études médicales se structurent actuellement autour de l'acquisition de compétences, qui sont travaillées au cours de situations cliniques types²⁶. L'étudiant doit identifier l'information qui lui est nécessaire pour maîtriser la situation professionnelle. Cette posture peut s'appliquer à toutes les situations, mais une orientation fondée sur une analyse fonctionnelle des rôles professionnels est nécessaire²⁷. Il ressort de l'étude ECOGEN que les situations de prévention, qui incluent les démarches d'éducation du patient, sont emblématiques des compétences du MG. L'enseignant pourra ainsi mettre en lumière la nécessité d'un travail sur des types de problèmes de santé (ou de procédures de soins) particulièrement fréquents en soins primaires.

L'étude ECOGEN révèle la valeur ajoutée d'un recueil structuré (orienté problème) et standardisé (selon une classification internationale) des données pour la connaissance de l'activité médicale. L'évolution des modes de rémunération sur des objectifs de santé publique²⁸, qui nécessite le recueil par les praticiens d'indicateurs concernant leur activité médicale, rend nécessaire l'enseignement de l'utilisation des dossiers patients informatisés dans le cadre de la formation médicale initiale. Un tel enseignement est cependant rendu difficile par la grande diversité et le manque d'interopérabilité des systèmes sur le marché²⁹.

Au-delà des motifs et des résultats de consultation, le recueil prospectif de données comportant un chaînage des problèmes de santé des patients dans le temps pourrait permettre d'estimer l'incidence et la prévalence des épisodes de soins en médecine générale et de décrire l'enchaînement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qui leur sont rattachées. Cette articulation est le maillon manquant de l'évaluation des besoins et des pratiques dans le champ des soins primaires³⁰. Une ou plusieurs base(s) de données longitudinales de qualité, facilement accessible(s) aux chercheurs en soins primaires, reste(nt) à créer. Elle(s) pourrai(en)t être interconnectée(s) avec les bases de données de l'assurance maladie, afin de mieux tracer le parcours de soins des patients³¹.

Conclusion

L'étude ECOGEN atteste de la diversité et de la continuité des soins du médecin généraliste. Proactif et non simple dispensateur de soins à la demande, il représente un véritable partenaire pour préserver et améliorer la santé de ses patients.

Remerciements : Nous sommes reconnaissants à Denis Pouchain, Éric van Ganse, Anne-Marie Schott et René Ecochard pour la validation méthodologique du protocole. À Philippe Ameline pour les développements informatiques et à Véronique Bories-Maskulova pour les données transmises. Nous remercions aussi Michèle Lieurade et Marilyn Peronnet pour leur soutien logistique.

Financement : L'étude ECOGEN a bénéficié du soutien des laboratoires Pfizer et du Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

Résumé

Contexte. En France, peu de données permettent d'avoir une vue d'ensemble des motifs de recours aux soins et des problèmes de santé en soins primaires. Les données des quelques opérateurs privés existants sont peu accessibles.

Objectif. Décrire le protocole et les principaux résultats de l'étude ECOGEN en termes de distribution des motifs et des résultats de consultation.

Méthodes. Étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Les investigateurs étaient 54 internes de 27 facultés de médecine, en stage supervisé de niveau 1 chez 128 maîtres de stage universitaires. Ils ont été formés à la structuration du dossier médical informatisé et à l'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2). Ils ont recueilli et saisi des variables spécifiques à chaque consultation sur une période de 20 jours répartis entre décembre 2011 et avril 2012, ainsi que des variables relatives à leur(s) maître(s) de stage.

Résultats. Les données de consultation ont été enregistrées pour 20 613 consultations. Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins. Chaque résultat de consultation était ainsi associé à 1,2 motif de consultation et à 2,1 procédures de soins.

Le résultat de consultation le plus fréquent correspondait à des situations de prévention (11 % des résultats de consultation), suivi des facteurs de risque cardiovasculaires : hypertension artérielle non compliquée (7 %), dyslipidémie (3,7 %), diabète (2,4 %). Le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %), devant le suivi d'un problème de santé (5,7 %) et la discussion de résultats d'examen (4 %).

Conclusion. L'étude ECOGEN atteste de la diversité et de la continuité des soins du médecin généraliste. Celui-ci est le véritable partenaire de ses patients, au service de la préservation et l'amélioration de leur santé.

Références

1. Conseil national de l'information statistique. Connaissance statistique du médicament. Rapport du groupe de travail. 2005. Disponible sur : http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/publications/rapports/2005/RAP_2005_93_connaissance_statistique_medicament.PDF.
2. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale, 2014. Disponible sur : <http://omg.sfmj.org/>.
3. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, et al. L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. Questions d'économie de la santé 2012;198:1-6.
4. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care 2006;14:157-65.

5. Wikipedia. Classification internationale des soins primaires (CISP). Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_soins_primaires_%28CISP%29.
6. World Health Organization. Derived and related classifications in the WHO-FIC. Geneva : WHO, 2014. Disponible sur : <http://www.who.int/classifications/related/en/>
7. Hsiung L, Supper I, Guérin MH, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *exercer* 2014;114:162-9.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968;278:593-600.
9. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) : deuxième version. Bruxelles : Care éditions, 2000.
10. http://www.campus-umvf.cnge.fr/spip.php?article78&var_mode=calcul.
11. Site Web de l'étude ECOGEN : <http://etudeecogen.fr/>
12. Bouffet T. Sur les éléments de la consultation en médecine générale : une étude pilote. Mémoire de recherche en médecine générale, 2011.
13. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICP-2. *Fam Pract* 2004;21:381-6.
14. INSEE. Tranche d'unité urbaine 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-eeec10&page=fichiers_detail/eeec10/doc/listvaralpha/tu10.htm.
15. Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *exercer* 2012;101:65-71.
16. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, et al. The European definition of general practice / family medicine. *Wonca Europe* 2011. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>.
17. Observatoire de la médecine générale. Top 25 / Les diagnostics les plus fréquents. Disponible sur : https://www.google.fr/?gfe_rd=cr&ei=jZmzU8PILa6f0wXus4HwBw&gws_rd=ssl.
18. Britt H, Miller GC, Henderson, J, et al. General practice activity in Australia 2011-2012. The University of Sydney, Family Medicine Research Centre; 2012. Disponible sur : http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/8675/4/9781743320198_ONLINE.pdf.
19. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Analyse des ventes de médicaments en France en 2012, 2013. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/796352eff0e9119cca0ea5bbd898353a.pdf.
20. Salisbury C, Procter S, Stewart K, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *Br J Gen Pract* 2013;63:e751-9.
21. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract* 2001;50:211-6.
22. Soler JK, Okkes I, Oskam S, van Boven K, et al. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. *Fam Pract* 2012;29:283-98.
23. Société française de médecine générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale : révision 2010. Documents de recherche en médecine générale 2010;66-70:1-324.
24. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats* 2006;481:1-8.
25. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherche en médecine générale 1997;45:1-44.
26. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *exercer* 2012;103:169-74.
27. Wai-Ching L. Competency based medical training: review. *BMJ* 325:693-6.
28. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs sur la qualité et la pertinence des soins, 2014. Accessible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf.
29. Darmon D, Sauvant R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inf* 2014;83:37-46.
30. Goldberg M, Quantin C, Guéguen A, Zins M. Bases de données médico-administratives et épidémiologie : intérêts et limites. *Courrier des statistiques* 2008;124:59-70.
31. Bourgueil Y, Perlberg J, et al. Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats. *Questions d'économie de la santé* 2014;196:1-6.

8.2 LES PROCEDURES DE SOINS EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE : ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE ECOGEN

1. Département de médecine générale, université de Lyon-1.

2. Département de biostatistiques, Hospices civils de Lyon.

Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN

Health care procedures in general practice: data analysis from the national ECOGEN study

Laura Hsiung¹, Irène Supper¹, Mad-Hélénie Guérin², Alicia Pillot¹, René Ecochard², Laurent Letrilliart¹

exercer 2014; 114:162-9.

irenesupper@hotmail.com

Mots-clés

Enquête sur les soins de santé

Codage clinique

Médecine générale

Key words

Health care surveys

Clinical coding

General practice

Background. *The role of general practice in the primary care setting was highlighted by the HPST Act in 2009. Until now, care procedures have been poorly documented, except those coded according to the current French Classification of medical procedures.*

Objective. *To describe the care procedures involved during family practice visits.*

Methods. *Cross-sectional national study, conducted in 128 general practice offices between December 2011 and April 2012. 54 residents in level 1 training have collected the care procedures performed or planned, classified according to the ICPC-2, during 20 consultation days.*

Results. *98 847 care procedures have been described, including 57.5% supplied and 42.5% prescribed, with an average of 2.2 care procedures per health problem managed and 4.8 per visit. 90.4% of encounters included at least one clinical examination, 30.5% an investigation, 80.7% a drug treatment, 51.0% a non-pharmacological treatment, 23.5% a preventive process and 18.3% a coordination process.*

Conclusion. *General practitioners perform and plan a lot of various care procedures. This knowledge on general practice activity is important to support decisions about reorganization of the health care system. Progress in education and new payment terms may allow changing professional practices.*

Introduction

La transition épidémiologique des pathologies aiguës vers les pathologies chroniques et la polyopathie entraîne une modification de la fréquence et du contenu des consultations de soins primaires¹. Un médecin généraliste doit prendre en charge simultanément des pathologies aiguës et chroniques ainsi que des interventions de prévention, nécessitant la hiérarchisation des problèmes de santé, la gestion des interactions médicamenteuses et la coordination des soins². La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)³ de 2009 a défini et renforcé les rôles du médecin généraliste dans le système de soins. Dans ce contexte d'évolution du système de santé, il apparaît utile de connaître précisément l'activité des médecins généralistes à partir de l'observation directe et approfondie de leurs consultations. Un corpus de données de référence sur les procédures de soins pourra constituer une base de réflexion pour définir les objectifs de formation des médecins généralistes, mesurer les évolutions des pratiques et adapter les modes de rémunération. Les procédures de soins sont définies

comme des « actions menées sur une personne dans le but d'améliorer sa santé, ou relatives à un problème de santé, ou pour aboutir à un diagnostic »⁴. Les études françaises de la Société française de médecine générale (SFMG)⁵ en 1995 et de la DREES⁶ en 2002 ont décrit les procédures (actes) des médecins généralistes en les rattachant aux consultations, indépendamment des problèmes de santé. À l'heure actuelle, seuls sont connus les actes remboursés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), codés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM), mais leurs indications ont été peu étudiées. Il n'existe pas de données sur les procédures de soins non remboursées, par exemple pour l'éducation du patient. À l'échelle internationale, le programme australien BEACH⁷ et l'étude néo-zélandaise NatMedCa⁸ ont détaillé les procédures de soins des médecins généralistes. L'étude américaine NAMCS⁹ a décrit les procédures de soins des médecins des différentes spécialités ambulatoires. L'objectif de cette étude était de décrire les procédures de soins réalisées ou programmées par les médecins généralistes au cours de leurs consultations.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

	Catégorie	Procédure de soins	
DIAGNOSTIC	Examen clinique	30 Examen médical ou bilan de santé détaillé 31 Examen médical ou bilan de santé partiel 43 Autre procédure diagnostique	
	Examens paracliniques		
	Biologie	32 Test de sensibilité 33 Examen microbiologique ou immunologique 34 Autre analyse de sang 35 Autre analyse d'urine 36 Autre analyse de selles 37 Cytologie, histologie 38 Autre analyse de laboratoire	
	Imagerie	41 Radiologie diagnostique ou imagerie	
	Autres examens	39 Épreuve fonctionnelle 40 Endoscopie 42 Tracé électrique	
	SOINS	Prévention	44 Vaccination ou médication préventive 45 Recommandations, éducation santé, avis, régime 49 Autre procédure préventive
		Traitements médicamenteux	50 Prescription, injection de médicament
		Traitements non médicamenteux	
		Cliniques	48 Clarification de la demande du patient 58 Conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie 60 Résultats d'analyses ou d'examens 61 Résultats d'analyses ou d'examens demandés par un autre dispensateur de soins 62 Contact administratif 69 Autre procédure
		Techniques	51 Incision, drainage, lavage, aspiration 52 Excision, biopsie, cautérisation, débridement 53 Appareillage, cathétérisation, intubation, dilatation 54 Préparation ou fixation de suture, plâtre, prothèse 55 Injection locale, infiltration 56 Pansement, compression, bandage, tamponnement 57 Thérapie manuelle, médecine physique, réhabilitation 59 Autre procédure thérapeutique
COORDINATION			46 Discussion entre dispensateurs de soins primaires 47 Discussion avec un spécialiste 63 Rencontre de suivi 64 Rencontre ou problème à l'initiative du dispensateur 65 Rencontre ou problème à l'initiative d'un tiers 66 Référence à un autre dispensateur non médecin 67 Référence à un médecin, spécialiste, hôpital 68 Autre référence

Tableau 1. Regroupement des procédures de soins par catégories

Méthodes

Cette étude transversale nationale multicentrique a été réalisée dans 128 centres (cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage de niveau 1), rattachés à 27 facultés de médecine réparties sur le territoire français.

Recueil des données

Chacun des 54 internes investigateurs a recueilli dans 1 à 3 centres les données de l'ensemble des consultations réalisées par leurs maîtres de stage universitaires (MSU) au cours de 20 jours ouvrés entre décembre 2011 et avril 2012. Les internes avaient été préalablement formés au recueil des données et à l'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2)⁴.

Les internes ont identifié tous les résultats de consultation (problèmes de santé ayant donné lieu à au moins une procédure de soins) et toutes les procédures de soins qui y étaient rattachées. Pour chaque procédure de soins, les internes ont indiqué si elle était réalisée ou programmée par le maître de stage ainsi que son éventuelle transférabilité, en précisant le cas échéant à quelle(s) catégorie(s) de professionnels et sous quelle(s) condition(s). Ces données ont été recueillies par l'interne en texte libre sur un questionnaire papier au cours de chaque consultation.

Saisie des données

Les internes ont saisi les données de façon différée dans une base de données informatique centralisée. Les résultats de consultation et les procédures de soins ont été saisis sous la forme de codes de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2), avec un moteur d'aide au codage en ligne. Une double saisie informatique a été réalisée par chaque interne sur un échantillon de 20 consultations.

Analyse des données

La base de données initiale, au format MySQL, a fait l'objet d'un contrôle de qualité des données. Elle a été transférée dans trois fichiers Excel 2007 : une ligne par procédure, une ligne par consultation, une ligne par résultat de consultation. Ont été exclues uniquement les lignes sans procédure et les consultations où la présence de l'interne a été refusée.

Les procédures de soins ont été secondairement regroupées par catégories, à partir des catégories australiennes⁷ (tableau 1). Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels BiostaTGV[®] et XLSTAT[®] (version 2013).

Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration a été établie auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, n° 11605), de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, n° 1549782) et du Comité de protection des personnes (CPP, n° L11-149). Une affiche d'information des patients a été apposée dans les cabinets des MSU concernés. Une licence d'utilisation de la CISP-2 a été demandée auprès de la WONCA.

Résultats

Résultats principaux

Au total, 98 847 procédures de soins ont été décrites pour 20 613 consultations et 45 750 résultats de consultations. Les patients ont refusé la présence de l'interne dans 168 consultations. Parmi l'ensemble des procédures, 56 863 ont été réalisées (57,5 %) et 41 972 programmées (42,5 %). Le nombre moyen de procédures de soins était de 2,2 (IC95 = 2,19-2,21) par résultat de consultation et de 4,8 (IC95 = 4,76-4,84) par consultation, sachant que les consultations comportaient en moyenne 2,2 (IC95 = 2,19-2,23) résultats de consultation.

Chaque interne a réalisé la double saisie informatique des données sur un échantillon de 20 consultations, soit 4,9 % des questionnaires. Les différences constatées entre la table ECOGEN et la table double saisie ont été de 3,2 % pour les résultats de consultation et de 10,6 % pour les procédures de soins. Après exclusion des données manquantes dans l'une des deux bases et à résultat de consultation égal, cette différence était de 3,5 % pour les procédures de soins.

Procédures de soins les plus fréquentes (tableau 2)

La procédure de soins la plus fréquente était la prescription ou l'administration de médicament (30,1 % des procédures), avec une moyenne de 1,45 par consultation. 63,9 % des résultats de consultation et 80,7 % des consultations comportaient au moins une prescription ou une administration de médicament. La deuxième procédure la plus fréquente était l'examen clinique partiel (27,5 % des procédures), avec une moyenne de 1,32 par consultation. 52,4 % des résultats de consultation et 75,5 % des consultations comportaient au moins un examen clinique partiel. Une procédure d'éducation thérapeutique ou de soutien psychologique a été réalisée ou programmée dans 22,3 % des consultations, des recommandations

	n (%)	Par résultat de consultation (n = 45 750)		Par consultation (n = 20 613)	
		n [*]	n (%) [†]	n [*]	n (%) [†]
50 Prescription, injection de médicament	29 800 (30,1)	0,65	29 253 (63,9)	1,45	16 636 (80,7)
31 Examen médical ou bilan de santé partiel	27 170 (27,5)	0,59	23 962 (52,4)	1,32	15 565 (75,5)
30 Examen médical ou bilan de santé détaillé	6 213 (6,3)	0,14	6 086 (13,3)	0,30	5 135 (24,9)
58 Conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie	5 660 (5,7)	0,12	5 529 (12,1)	0,27	4 601 (22,3)
34 Autre analyse de sang	4 443 (4,5)	0,10	4 264 (9,3)	0,22	3 414 (16,6)
45 Recommandations, éducation santé, avis, régime	4 324 (4,4)	0,09	4 243 (9,3)	0,21	3 696 (17,9)
62 Contact administratif	4 070 (4,1)	0,09	3 921 (8,6)	0,20	3 770 (18,3)
60 Résultats d'analyse ou d'examens	2 866 (2,9)	0,06	2 768 (6,1)	0,14	2 293 (11,1)
67 Référence à un médecin, spécialiste, hôpital	2 694 (2,7)	0,06	2 644 (5,8)	0,13	2 425 (11,8)
41 Radiologie diagnostique ou imagerie	2 346 (2,4)	0,05	2 282 (5,0)	0,11	2 159 (10,5)
44 Vaccination ou médication préventive	1 569 (1,6)	0,03	1 442 (3,2)	0,08	1 391 (6,7)
33 Examen microbiologique ou immunologique	1 169 (1,2)	0,03	1 138 (2,5)	0,06	1 078 (5,2)
57 Thérapie manuelle, médecine physique, réhabilitation	992 (1,0)	0,02	979 (2,1)	0,05	940 (4,6)
63 Rencontre de suivi	708 (0,7)	0,02	706 (1,5)	0,03	649 (3,1)
61 Résultats d'analyse ou d'examens demandés par un autre dispensateur de soins	661 (0,7)	0,01	640 (1,4)	0,03	557 (2,7)
66 Référence à un autre dispensateur non médecin	656 (0,7)	0,01	644 (1,4)	0,03	610 (3,0)
56 Pansement, compression, bandage, tamponnement	404 (0,4)	0,01	381 (0,8)	0,02	377 (1,8)
48 Clarification de la demande du patient	351 (0,4)	0,01	350 (0,8)	0,02	328 (1,6)
35 Autre analyse d'urine	344 (0,3)	0,01	333 (0,7)	0,02	329 (1,6)
42 Tracé électrique	195 (0,2)	<0,01	195 (0,4)	0,01	192 (0,9)

Tableau 2. Top 20 des procédures de soins, par résultat de consultation et par consultation

* Nombre moyen : nombre de procédures sur nombre total de résultats de consultation ou de consultations

† Nombre (et proportion) de résultats de consultation ou de consultations comportant au moins une fois la procédure

d'éducation à la santé dans 17,9 % des consultations, une thérapie manuelle dans 4,6 % des consultations. Les médecins généralistes ont adressé leur patient à un professionnel médical dans 11,8 % des consultations.

Procédures de soins regroupées par catégories

Une procédure de la catégorie « diagnostic » (43,2 % des procédures) a été réalisée ou programmée dans 69,4 % des résultats de consultation (RC) et dans 92,4 % des consultations : un examen clinique (34 % des procédures) dans 64 % des RC et dans 90,4 % des consultations ; un examen paraclinique (9,2 % des procédures) dans 17,1 % des RC et dans 30,5 % des consultations.

Une procédure de la catégorie « soins » (52,3 % des procédures) a été réalisée ou programmée dans 84,2 % des résultats de consultation et dans 96,1 % des consultations : une procédure préventive (6,1 % des procédures) dans 12,2 % des RC et dans 23,5 % des consultations ; un traitement médicamenteux (30,1 % des procédures) dans 63,9 % des RC et dans 80,7 % des consultations ; un

traitement non médicamenteux (16,1 % des procédures) dans 29,2 % des RC et dans 51 % des consultations. Une procédure de la catégorie « coordination » (4,5 % des procédures) a été réalisée ou programmée dans 9,2 % des résultats de consultation et dans 18,3 % des consultations (figure 1).

Parmi les procédures réalisées par les médecins généralistes, 60,1 % étaient des procédures de la catégorie « diagnostic » (examen clinique dans 58,2 % des cas). Parmi les procédures programmées, 71,4 % étaient des procédures de la catégorie « soins » (traitements médicamenteux dans 61,8 % des cas) (figure 2).

Discussion

Au total, 98 847 procédures de soins ont été décrites, dont 57,5 % réalisées et 42,5 % programmées, avec une moyenne de 2,2 procédures de soins par résultat de consultation et 4,8 par consultation. 90,4 % des consultations comportaient au moins un examen clinique, 30,5 % un examen paraclinique, 80,7 % un traitement médicamenteux, 51 % un traitement non

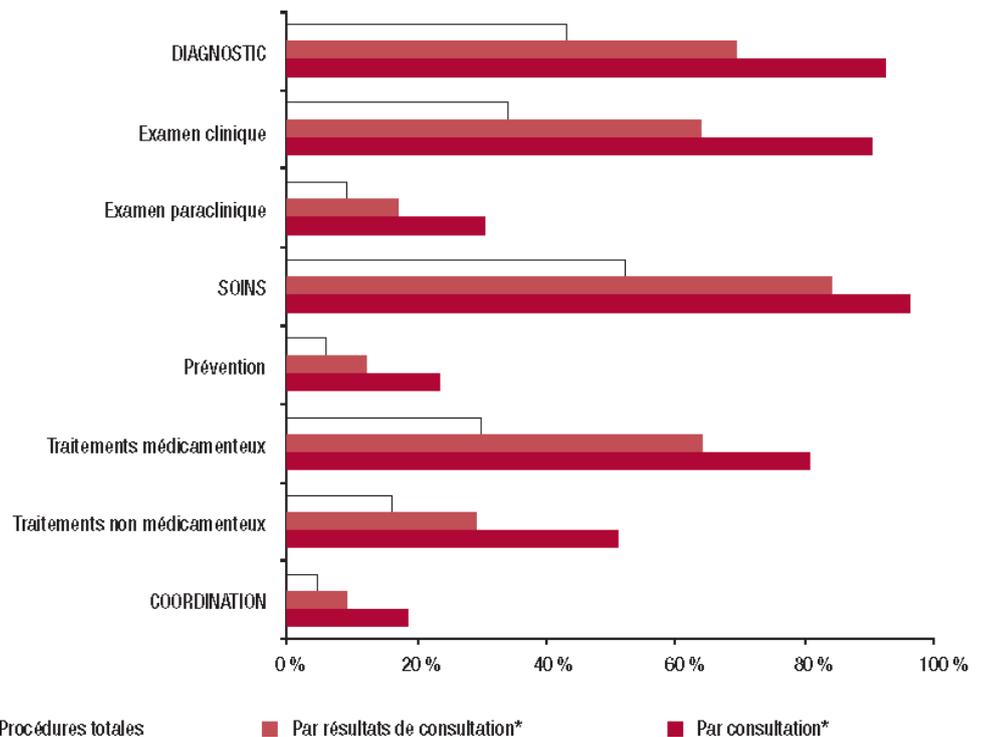


Figure 1. Distribution des catégories de procédures de soins, totales (n = 98 847), par résultat de consultation (n = 45 750) et par consultation (n = 20 613)

* Proportion des résultats de consultations et des consultations comportant au moins une procédure de la catégorie

médicamenteux, 23,5 % une procédure préventive, 18,3 % une procédure de coordination et 11,8 % une référence à un médecin.

Une activité d'abord clinique

Ce travail met en lumière la multiplicité et la diversité des procédures de soins, réalisées ou programmées par les médecins généralistes. La Classification commune des actes médicaux (CCAM) actuelle est peu représentative de la richesse du contenu des consultations. Le nombre moyen des procédures de soins par consultation des médecins français (4,8) est supérieur à celui des médecins australiens (2,3)⁷. Cette différence pourrait être expliquée en partie par l'absence de codage de l'examen clinique dans l'étude australienne, un nombre de résultats de consultation par consultation plus faible en Australie (1,5) qu'en France (2,2), et possiblement par des facteurs liés à l'organisation des soins, tels que la présence d'une infirmière avancée.

L'étude de la SFMG en 1995 a montré que 86,8 % des consultations comportaient un examen clinique et 19,8 % un examen paraclinique⁵. Devant la multipli-

cation des examens complémentaires, jugés coûteux et parfois inutiles, un rapport récent de l'Académie nationale de médecine a rappelé qu'« une stratégie médicale pertinente doit débiter par un examen clinique minutieux »¹⁰. Les résultats de l'étude ECOGEN comparés à ceux de la SFMG sont encourageants, puisqu'ils montrent que l'examen clinique a conservé une place primordiale dans la pratique (90,4 % des consultations), malgré une vraisemblable augmentation des examens paracliniques (30,5 %).

Une prise en charge médicamenteuse privilégiée

La proportion des consultations comportant des traitements médicamenteux estimée dans l'étude ECOGEN (80,7 %) est proche de celle observée en 1995 (79 %)⁵ et en 2002 (78 %)⁶. Elle place les médecins généralistes français parmi les plus gros prescripteurs de médicaments des pays occidentaux, puisque cette proportion est de 43,2 % aux Pays-Bas¹¹, 64,7 % en Australie⁷, 66,2 % en Nouvelle-Zélande⁸, 72,3 % en Allemagne¹¹, 73,2 % aux États-Unis⁹, 83,1 % en Espagne¹¹.

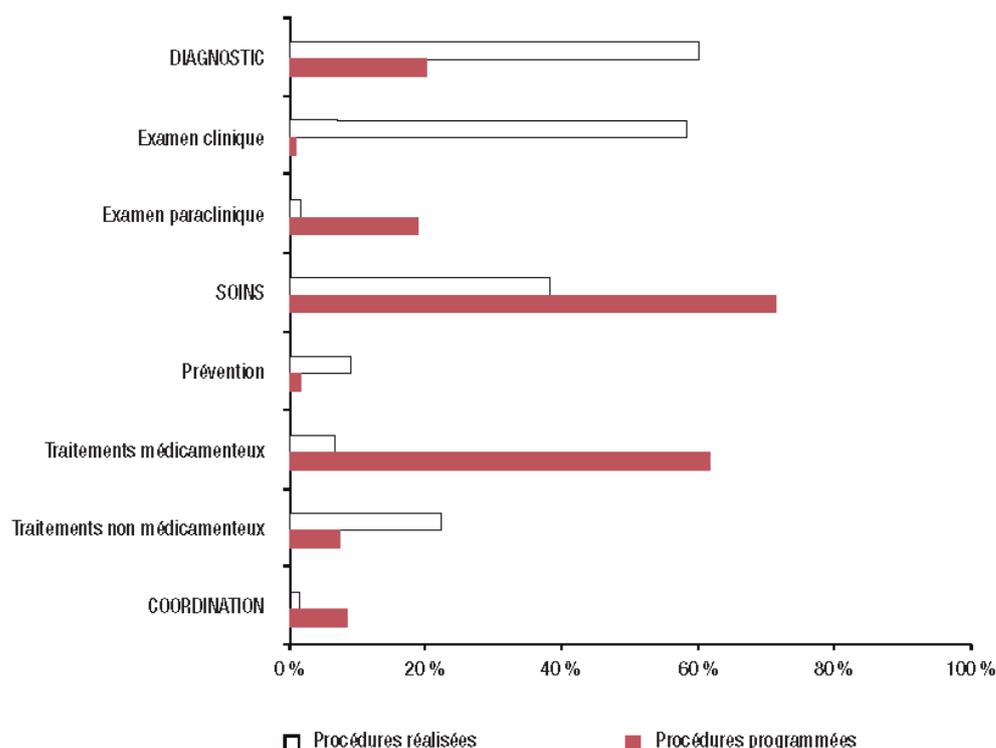


Figure 2. Distribution des catégories de procédures de soins, réalisées (n = 56 863) ou programmées (n = 41 972). La mention réalisée ou programmée n'a pas été renseignée pour 12 procédures (0,00012 %)

La prescription médicamenteuse est soumise à l'influence de multiples facteurs¹². Le rôle de l'industrie pharmaceutique est probablement un élément déterminant, plus largement étudié dans les pays anglo-saxons¹³ qu'en France. Un autre facteur est la croyance des médecins que les patients attendent une réponse pharmacologique. Or, des études ont montré qu'il existait un décalage entre les attentes supposées par les médecins et les attentes réelles des patients¹⁴. En France, le contexte culturel et professionnel accorde une place centrale au médicament en raison notamment d'un regard globalement positif¹⁵, d'un attrait pour l'innovation¹², de représentations sur son rôle symbolique de « certification d'un état pathologique » ou de « concrétisation de l'intervention médicale »¹⁶ et de l'organisation des logiciels médicaux centrée sur la prescription pharmacologique¹⁷.

La pratique non médicamenteuse insuffisamment reconnue

Un rapport récent de la Haute autorité de santé (HAS) affirme que « le recours sur le terrain à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est insuffisant par rapport à ce que préconisent les autorités scientifiques et les agences sanitaires »¹⁶. La définition de la HAS englobe les règles hygiéno-diététiques, les thérapeutiques physiques et les thérapies d'ordre psychologique. Les résultats de l'étude ECOGEN révèlent qu'une part importante des consultations comportait au moins un traitement non médicamenteux (51 %) ou une procédure préventive (23,5 %). Plus précisément, l'éducation thérapeutique et le soutien psychologique étaient présents dans 22,3 % des consultations, les recommandations d'éducation à la santé dans 17,9 % des consultations et les thérapies physiques dans 4,6 % des consultations. Cette approche centrée sur le patient est importante pour répondre à des plaintes multiples et parfois complexes, par leurs intrications médicales, psychologiques et sociales¹⁸. Elle est à encourager dans la formation des médecins généralistes¹⁹. Cependant, la pratique de traitements non médicamenteux est limitée par des facteurs organisationnels, comme la contrainte du temps¹⁶. Le mode de rémunération des médecins généralistes français, payés essentiellement « à l'acte », favorise peu les pratiques thérapeutiques allongeant le temps de consultation. De nouvelles formes de rémunération ont été introduites au cours des dernières années pour moderniser l'offre des soins primaires et développer des services innovants dans le cadre du regroupement des professionnels de santé, notamment en matière de prévention et d'éducation thérapeutique²⁰.

Relativement peu de recours aux professionnels médicaux

La référence à un confrère, spécialiste ou éventuellement généraliste, ambulatoire ou hospitalier, reste limitée (11,8 % des consultations), même si elle est supérieure aux données de 1995 (avis d'un spécialiste ou hospitalisation dans 5,9 % des consultations)⁵. Cette différence peut être liée à l'instauration du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et au possible recours à d'autres médecins généralistes à exercice particulier.

Validité de l'étude

Les maîtres de stage universitaires sont représentatifs des médecins généralistes français en termes d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de répartition géographique en tranches d'unités urbaines, ce qui rend l'existence d'un biais de sélection moins probable. Le recueil des données par un interne investigateur observateur a permis de ne pas influencer le déroulement habituel de la consultation²¹, mais un effet *Hawthorne* ne peut être exclu dans la mesure où le médecin était conscient d'être observé. Une éventuelle variabilité saisonnière est vraisemblable, puisque le recueil des données a été mené sur un semestre d'hiver, mais son influence directe est moins évidente sur les procédures de soins que sur les résultats de consultation.

Dans le regroupement des procédures de soins par catégories, la prévention a été individualisée pour évaluer sa place dans l'activité du médecin généraliste. Cette catégorie ne tient pas compte de la totalité des procédures préventives, car certains tests de dépistage ont été codés dans les examens biologiques (recherche de sang occulte dans les selles, frottis cervico-vaginal) ou radiologiques (mammographie), ce qui ouvre une voie d'amélioration de la CISP-2. Les quelques procédures « autres » ont été étudiées à partir de l'étude des verbatim et ont été incluses dans les catégories correspondantes.

Conclusion

Même si les médecins généralistes prescrivent toujours beaucoup de médicaments, ils continuent à fonder leur démarche diagnostique sur l'examen clinique malgré l'essor des examens paracliniques, utilisent des procédures nombreuses et variées, dont les mesures éducatives et de promotion de la santé, en adressant relativement rarement leurs patients à des spécialistes. La formation initiale en médecine générale doit être adaptée à son vaste champ d'activité et développer le sens clinique et l'approche centrée sur le patient. La modernisation des modes de rémunération et l'élaboration de la future CCAM clinique devraient permettre de valoriser et soutenir la pratique des traitements non médicamenteux.

Résumé

Contexte. La loi HPST de 2009 a mis en avant la place de la médecine générale dans le champ des soins primaires. Jusqu'à présent, peu de données sur les procédures de soins des médecins généralistes étaient disponibles, en dehors de celles codées selon la Classification commune des actes médicaux.

Objectif. Décrire les procédures de soins dans le cadre des consultations de médecine générale.

Méthodes. Étude nationale transversale multicentrique, réalisée dans 128 cabinets de médecine générale entre décembre 2011 et avril 2012. 54 internes en stage de niveau 1 ont recueilli les procédures de soins réalisées ou programmées, classées selon la CISP-2, durant 20 journées de consultation.

Résultats. 98 847 procédures de soins ont été décrites, dont 57,5 % réalisées et 42,5 % programmées, avec une moyenne de 2,2 procédures de soins par résultat de consultation et 4,8 par consultation. 90,4 % des consultations comportaient au moins un examen clinique, 30,5 % un examen paraclinique, 80,7 % un traitement médicamenteux, 51 % un traitement non médicamenteux, 23,5 % une procédure préventive et 18,3 % une procédure de coordination.

Conclusion. Les médecins généralistes réalisent et programment des procédures de soins nombreuses et diversifiées. Cette connaissance précise de leur activité est utile pour argumenter les décisions de réorganisation du système de santé. La formation et les modes de rémunération des médecins pourraient permettre de faire évoluer leurs pratiques professionnelles.

Références

- World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva : WHO, 2008.
- Bower P, Macdonald W, Harkness E, et al. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract* 2011;28:579-87.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* 2009;0167:12184.
- Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version (CISP-2). Bruxelles : Care Éditions, 2000.
- Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherches en médecine générale 1997;45:1-44.
- Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Études et résultats* 2005;440:1-12.
- Britt H, Miller GC, Charles J, et al. General practice activity in Australia 2010-11. General practice series n°29. Sydney : Sydney University Press, 2011.
- Raymont A, Lay-Yee R, Davis P, et al. Family Doctors: Methodology and description of the activity of private GPs. The National Primary Medical Care Survey (NatMedCa): 2001/02. Wellington: Ministry of Health, 2004.
- Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Report* 2010;27:1-32.
- Mornex R. Améliorer la pertinence des stratégies médicales. Rapport de l'Académie nationale de médecine, 2013.
- IPSOS. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Paris: IPSOS Santé, 2005.
- Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. *Médecine* 2007;3:456-61.
- Wasana A. Physicians and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2000;283:373-80.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328:444-6.
- Vega A. Prescription du médicament en médecine générale, Première partie: déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine* 2012;8:169-73.
- Haute autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, rapport d'orientation. Paris: HAS, 2011.
- Darmon D, Sauvart R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inform* 2014;83:37-46.
- Van Dijk de Vries A, Moser A, Mertens VC, Van der Linden J, Van der Weijden T, Van Eijk JTM. The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract* 2012;13:14.
- Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ* 2010;44:662-73.
- Article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. *JORF* 2007;0296:20603.
- Britt H, Miller G, Bayram C. The quality of data on general practice, a discussion of BEACH reliability and validity. *Aust Fam Physician* 2007;36:36-40.

8.3 TRANSFERABILITE DES PROCEDURES DE SOINS DES MEDECINS GENERALISTES A D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE : UNE ETUDE TRANSVERSALE, NATIONALE MULTICENTRIQUE

1. Département de médecine générale, université de Lyon 1
 2. Département de biostatistiques, Hospices civils de Lyon.
 3. Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale nationale multicentrique

Transferability of general practitioners care procedures to other health professionals: an observational study

Alicia Pillot¹, Irène Supper¹, Mad-Hélénie Guérin², Laura Hsiung¹, Pierre De Haas³, Laurent Letrilliart¹

exercer 2014;114:186-93.

irenesupper@hotmail.com

Background. Transferring procedures from general practitioners to other healthcare professionals might improve care efficiency. While other countries have already implemented these changes, France is still experimenting.

Objectives. The main objective was to describe the frequency and the characteristics of procedures of care which could be transferred from general practitioners to other healthcare professionals. Secondary objectives were to describe involved healthcare professionals and possible associated conditions.

Methods. This national transversal multicenter study took place in 128 general medical practices, training residents in supervision. Between December 2011 and April 2012, 54 residents in general practice collected procedures of care realized or planned by their course supervisors. Then they estimated the possibility to delegate it to another professional, specifying to which professional(s) and under which condition(s).

Results. Among 98 831 procedures, 18.1% (95CI=17.9-18.3) were considered as transferable. Most transferable procedures were about cardiovascular and endocrine-metabolic systems, and included partial clinical examination, drug treatments, education and vaccination. The involved healthcare professionals were mainly nurses (67.1% of the transferable procedures) and pharmacists (32.7%). In 50.2% (95CI=49.5-51.0) of the cases, procedures were transferable with condition(s), particularly a predefined protocol (51.2%) and/or a shared medical record (48.3%).

Conclusion. A significant part of the general practitioners activity could be transferred to other healthcare professionals. The position of clinical examination and drug treatments among the most transferable procedures is innovative. It is necessary to take into account other healthcare professionals and patients' opinions, before leading experimentation based on these results.

Mots-clés

Médecin généraliste
 Délégation professionnelle
 Relations inter-professionnelles
 Soins de santé primaire

Key words

General practitioners
 Delegation, professional
 Interprofessional relations
 Primary health care

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Introduction

Les besoins en matière de santé publique ont soulevé des interrogations sur l'organisation des soins primaires. Parallèlement aux difficultés d'accès aux soins liées à la démographie médicale, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques se sont traduits par une augmentation de la demande de soins¹. L'enjeu d'amélioration de l'accès à des soins de qualité s'est inscrit dans un contexte de difficultés croissantes de financement des dépenses de santé. L'une des solutions à ce défi a été le développement des coopérations interprofessionnelles, notamment dans le cadre de maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, et sous la forme de transferts partiels ou complets des procédures de soins²,

c'est-à-dire des actes effectués ou prescrits dans le cadre des soins médicaux³. La délégation est l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin, avec dans ce cas une responsabilité partagée entre les acteurs². La substitution est l'action de déplacer l'acte de soin d'un médecin à un autre professionnel non médecin, travaillant alors au-delà de ses limites professionnelles habituelles, et à l'extrême se substituant au médecin avec un transfert complet de responsabilité².

En France, à la suite du rapport de 2002 sur la démographie des professions de santé¹, des expérimentations de coopération interprofessionnelle ont été initiées par le ministère de la Santé. Dans le champ des soins primaires, le projet « Action de santé libérale en équipe » (ASALEE)

a étudié le rôle d'un infirmier dans le suivi de patients diabétiques, au sein de consultations d'éducation thérapeutique et du suivi des dossiers médicaux. Cette intervention a permis d'améliorer le contrôle glycémique sans augmentation significative des coûts de prise en charge⁴. En outre, depuis 2011 la vaccination peut être réalisée par les infirmiers sur prescription médicale pour tout vaccin et sans prescription pour le vaccin antigrippal chez les personnes à risques⁵. En 2006, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a considéré qu'il était possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins. Une enquête réalisée par la Haute autorité de santé (HAS) en 2007 a montré l'existence de coopérations informelles, concernant par exemple le suivi de maladies chroniques, l'éducation, la prévention ou la réalisation d'actes techniques⁶. L'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a permis aux professionnels de santé de déployer des protocoles de coopération, notamment avec les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux⁷. La HAS a édité en 2010 deux guides méthodologiques afin de les accompagner dans leurs démarches de coopération^{8,9}. Des professionnels de maisons et pôles de santé ont ainsi pu élaborer des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours portant notamment sur les traitements par antivitamine K (AVK), l'hypertension artérielle (HTA), le diabète non insulino-dépendant (DNID) et la vaccination¹⁰.

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a préconisé le renforcement des compétences de tous les professionnels de santé ainsi que le transfert de certaines activités médicales aux infirmiers en fonction de l'évolution des besoins des populations¹¹. Dans certains pays étrangers, des procédures médicales sont déjà transférées à d'autres professionnels de santé^{2,12}. Les « infirmiers en pratique avancée » sont nés dans les années 1960 aux États-Unis et au Canada, puis au Royaume-Uni, initialement afin de répondre aux problèmes d'accessibilité aux soins¹². Ont suivi l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Ils ont, en plus de leurs activités d'infirmiers, des activités médicales de prévention, d'éducation et de diagnostic, au sein de consultations de prise en charge de maladies aiguës ou de suivi de pathologies chroniques telles que le DNID, les dyslipidémies et l'HTA¹². Les niveaux d'études requis ont graduellement augmenté, avec un programme de formation reconnu et une adaptation de la législation¹².

Selon les pays, ils ont également le droit de prescrire certains traitements médicamenteux ou d'interpréter certains examens complémentaires, sous la supervision d'un médecin ou en autonomie. La vaccination par les infirmiers sans prescription médicale est légale en Australie et à Chypre¹².

Des revues systématiques de la littérature explorant la substitution des médecins généralistes par les infirmiers ont conclu qu'ils pouvaient fournir des soins de qualité équivalente dans les domaines de la prévention, du suivi de pathologies chroniques et de consultations de premier recours pour des pathologies aiguës bénignes^{2,12,13}. Des études qualitatives ont fait état de la perception par les professionnels de santé et les patients d'une amélioration de l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des soins¹⁴. Elles ont également mis en avant un intérêt professionnel en termes de diminution de la charge de travail des médecins, leur permettant de se consacrer à des problèmes de santé plus complexes, et d'évolution des compétences pour les autres professionnels¹⁴.

Les études publiées concernaient l'évaluation de différentes modalités de coopération entre professionnels de soins primaires, essentiellement avec les infirmiers et les pharmaciens. Aucune étude n'avait encore exploré l'ensemble des procédures de soins potentiellement transférables entre acteurs de soins primaires. L'objectif principal de cette étude était de décrire la fréquence et les caractéristiques des procédures de soins transférables des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé. Les objectifs secondaires étaient de décrire les professionnels de santé concernés et les conditions éventuelles de transfert.

Méthode

Cette étude transversale nationale multicentrique a été réalisée dans 128 cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage de niveau 1.

Recueil des données

Pour chaque procédure, l'interne a évalué sa transférabilité, c'est-à-dire la possibilité de la transférer à un autre professionnel : possible sans condition, possible sous condition, impossible ; à quel(s) professionnel(s) : infirmier, pharmacien, psychologue, secrétaire, kinésithérapeute, sage-femme, assistante sociale, autre professionnel (à préciser) ; et sous quelle(s) condition(s) : dossier médical partagé, protocole prédéfini, supervision du médecin généraliste, autre(s) condition(s) (à préciser). Le jugement de la transférabilité des procédures de soins était celui des internes, indépendamment de l'avis des maîtres de stage des universités (MSU). La disponibilité et la formation des professionnels concernés ainsi que les conditions réglementaires étaient supposées adaptées. Le jugement s'est fondé sur le niveau de complexité de la procédure et le niveau de risque pour le patient, dans le contexte réel de la consultation et non dans un cadre théorique. Une contre-évaluation de la transférabilité des procédures de soins a été réalisée par les MSU sur un échantillon de 20 consultations, correspondant à 5,2 % des consultations incluses, un jour donné durant la première quinzaine du mois d'avril 2012.

Analyse des données

La transférabilité des procédures a été évaluée en fonction du « poids de transférabilité », défini comme le produit de la transférabilité propre de la procédure et de la part de cette procédure parmi les procédures transférables, le tout multiplié par un facteur 10. Le test de Mc Nemar a été utilisé pour comparer les estimations de transférabilité des procédures faites par les internes avec celles des maîtres de stage.

Résultats

Fréquence et caractéristiques des procédures de soins transférables

Parmi 98 831 procédures, 18,1 % (IC95 = 17,9-18,3) étaient transférables. Parmi les procédures transférables, 66,7 % (IC95 = 66,0-67,4) étaient des procédures réalisées et 33,3 % (IC95 = 32,6-34,0) des procédures programmées. Parmi 20 613 consultations, 42,4 % (IC95 = 41,7-43,1) contenaient au moins une procédure transférable. Ont été exclues des analyses 168 consultations pour lesquelles le patient avait refusé l'observation, ainsi que 4 procédures comportant une erreur de saisie et 12 procédures sans évaluation de la transférabilité.

Les procédures ayant un « poids de transférabilité » supérieur à 10 % concernaient les systèmes cardiovasculaire, endocrino-métabolique, général, psychologique, ostéo-articulaire, la grossesse et la planification familiale (figure 1), et les rubriques suivantes : examen

médical partiel, prescription médicamenteuse, éducation thérapeutique et écoute, éducation pour la santé, et vaccination (figure 2).

Parmi les procédures les plus fréquentes dans la pratique des médecins généralistes, celles ayant un « poids de transférabilité » inférieur à 1 % étaient l'interprétation d'examen prescrits par un autre professionnel (0,1 %), la référence à un spécialiste ou au milieu hospitalier (0,3 %), la clarification de la demande du patient (0,3 %), la prescription d'examen d'imagerie (0,5 %) et l'examen médical détaillé (0,9 %).

Professionnels de santé concernés

Les principaux professionnels auxquels les procédures étaient jugées transférables étaient les infirmiers (67,1 %) et les pharmaciens (32,7 %) (tableau 1). Parmi les procédures transférables 72,5 % étaient transférables à un seul professionnel : infirmier (40,3 %), pharmacien (12,5 %), kinésithérapeute (5,1 %), psychologue (4,6 %), sage-femme (4,1 %), secrétaire (3,2 %), autre professionnel (2,7 %). 27,5 % pouvaient être transférées à plusieurs professionnels. Les infirmiers puis les pharmaciens étaient les premiers concernés par les procédures les plus transférables. Cependant, d'autres professionnels pouvaient être les plus concernés pour des procédures correspondant à leur domaine de compétences (figures 3 et 4).

Dans 50,2 % (IC95 = 49,5-51,0) des cas, les procédures étaient transférables sous condition(s) (tableau 2).

Évaluation par les MSU

Les MSU ont contre-évalué 1 710 consultations, soit 8,2 % de la base de données concernant la transférabilité. La proportion de transférabilité n'était

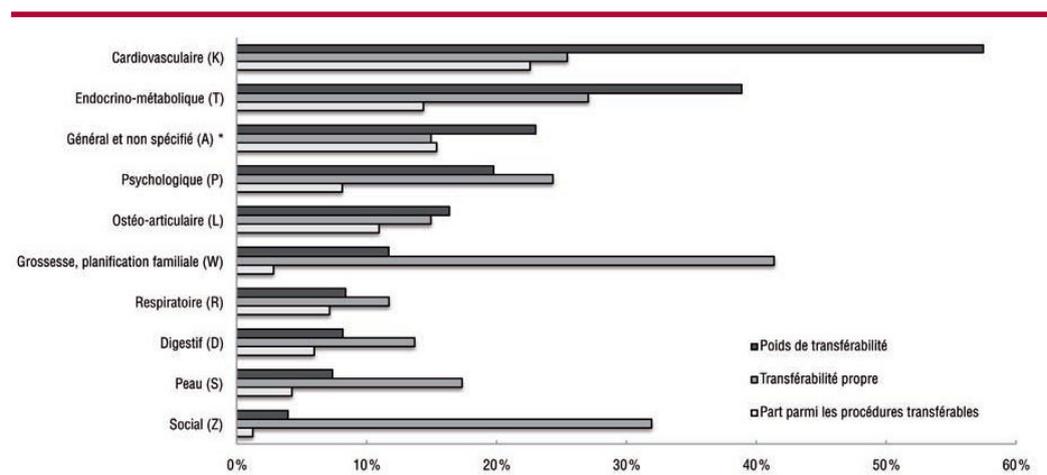


Figure 1. Transférabilité des procédures des 10 systèmes corporels les plus transférables

* Le système général correspond dans la CISP-2 à un chapitre non spécifique d'un système corporel ou à l'association d'au moins deux systèmes corporels.

Poids de transférabilité des procédures du système = $(t/n) \times (t/N) \times 10$. Transférabilité propre = t/n

pas statistiquement différente entre les internes et les MSU, avec une concordance moyenne (20,5 vs 21,1 % ; p de Mc Nemar = 0,21 ; κ = 0,37). Un infirmier était concerné dans 66,5 % des cas chez les médecins et 66,6 % chez les internes. Un infirmier ou un pharmacien étaient concernés dans 77,9 % et 78,1 % des cas respectivement. En revanche, les MSU transféraient plus souvent avec condition (13,3 vs 12,1 % ; p < 0,001 ; κ = 0,26) et à un nombre moyen de professionnels plus faible (1,14 vs 1,35 ; p < 0,001).

Qualité des données

Les internes ont réalisé la double saisie informatique des données sur 4,9 % de l'ensemble des questionnaires. Les différences constatées entre la table ECOGEN et la table double saisie ont été de 10,6 % pour les procédures. Après exclusion des données manquantes dans l'une des deux bases et en comparant uniquement les consultations pour lesquelles le résultat de consultation était lui-même identique entre les deux bases, la différence alors constatée entre la table ECOGEN et la table double saisie était de 3,5 % pour les procédures.

Discussion

Parmi 98 831 procédures, 18,1 % ont été jugées transférables. Les procédures les plus transférables concernaient les systèmes cardiovasculaire et endocrinométabolique, et incluaient l'examen clinique partiel, les traitements médicamenteux, l'éducation et la vaccination. Les principaux professionnels de santé concernés étaient les infirmiers (67,1 % des procédures transférables)

et les pharmaciens (32,7 %). Dans 50,2 % des cas, les procédures étaient transférables avec condition(s), en particulier un protocole prédéfini et/ou un dossier médical partagé.

Une partie de l'activité des médecins généralistes potentiellement transférable

Dans ECOGEN, 42 % des consultations comportent au moins une procédure transférable, ce qui concorde avec une étude britannique de 1998 rapportant des résultats similaires : 39 % d'après les infirmiers en concertation avec les médecins¹⁵. Ce chiffre paraît élevé compte tenu du caractère novateur du transfert de procédures médicales en France, même si le tiers d'un panel de 1 136 médecins généralistes interrogés en 2010 se déclarent favorables à des coopérations avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches, avec une variabilité considérable en fonction du mode de financement¹⁶.

La première condition soulevée par l'étude est la création de protocoles prédéfinis (51 %). Il s'agit de la base du travail d'équipe pour les professionnels des 436 maisons et pôles de santé qui ont mis en place les protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours¹⁰.

La suivante est le dossier médical partagé (48 %). Si l'intégration du dossier pharmaceutique au dossier médical personnel est prévue par la loi HPST, les autres professionnels de santé sont aussi concernés, avec en plus la nécessité de disposer de logiciels compatibles¹⁷. Actuellement, seuls 6 % des maisons et pôles de santé de la FFMPs dispose d'un système d'information partagé¹⁰.

L'examen clinique et les traitements médicamenteux sont parmi les procédures jugées les plus transférables.

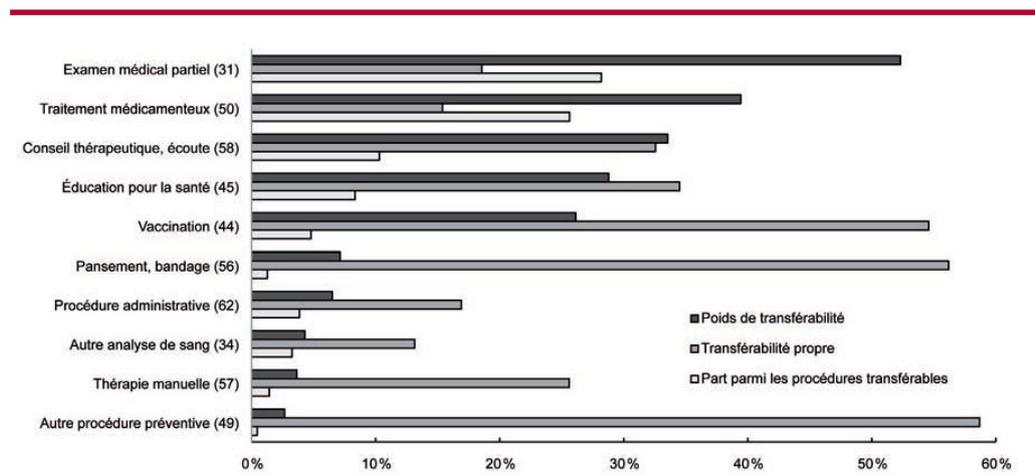


Figure 2. Transférabilité des procédures des 10 systèmes corporels les plus transférables
 Poids de transférabilité des procédures de la rubrique = $(t/n) \times (t/N) \times 10$. Transférabilité propre = t/N . Part parmi les procédures transférables = t/N . t = nombre de procédures de la rubrique transférables ; n = nombre total de procédures de la rubrique N

Il s'agit en fait de l'examen clinique partiel, notamment les mesures cardiovasculaires et endocrino-métaboliques (pression artérielle, poids et taille), alors que l'examen clinique détaillé est très peu transférable. En France, la prescription médicamenteuse se limite à certains dispositifs médicaux pour les infirmiers, les kinésithérapeutes et les sages-femmes, et au renouvellement des contraceptifs oraux pour les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens. Aux États-Unis depuis les années 1970 mais aussi au Canada, au Royaume-Uni, en Australie et en Irlande, les infirmiers ont le droit de prescrire des médicaments en autonomie¹². Sont jugées peu transférables la référence au spécialiste ou à l'hôpital, et la prescription et l'interprétation d'examens complémentaires. Pourtant dans plusieurs pays (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Irlande, Australie), ces procédures peuvent être transférées aux infirmiers¹⁸. La vaccination

semble bien moins transférable aux pharmaciens qu'aux infirmiers (15 % contre 95 %). Pourtant, la loi HPST fournit des fondements potentiels pour l'administration du vaccin par les pharmaciens. La prescription médicamenteuse est transférable aux kinésithérapeutes de manière anecdotique par rapport aux pharmaciens et infirmiers (4 % contre 75 % et 52 %). Dans une étude britannique de 2008 interrogeant médecins et kinésithérapeutes, 78 % étaient favorables à ce que les kinésithérapeutes puissent prescrire des anti-inflammatoires mais aussi des examens radiologiques, et des arrêts de travail¹⁹. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer une certaine prudence vis-à-vis du transfert : procédures estimées plus complexes ou associées à un niveau de risque plus élevé pour le patient (référence au spécialiste, examens complémentaires), à des représentations ancrées des rôles professionnels incompatibles avec des pharmaciens qui

Professionnels	Nombre de procédures transférables			Type de procédures les plus transférables †	
	n	% *	IC95 %	Systèmes	Rubriques
Infirmier	11 995	67,1	(66,4 -67,8)	Cardiovasculaire (29 %)	Examen médical partiel (36 %)
				Général (18 %)	Traitement médicamenteux (20 %)
				Endocrino-métabolique (17 %)	
Pharmacien	5 850	32,7	(32,0-33,4)	Cardiovasculaire (28 %)	Traitement médicamenteux (59 %)
				Endocrino-métabolique (17 %)	Examen médical partiel (17 %)
Kinésithérapeute	1 483	8,3	(7,9-8,7)	Ostéo-articulaire (84 %)	Examen médical partiel (17 %)
					Thérapie manuelle (15 %)
Psychologue	1 271	7,1	(6,7 -7,5)	Psychologique (80 %)	Écoute (58 %)
					Examen médical partiel (15 %)
Secrétaire	1 084	6,1	(5,7 -6,4)	Général (30 %)	Procédure administrative (45 %)
Sage-femme	1 038	5,8	(5,5 -6,2)	Grossesse/planification familiale (39 %)	Examen médical partiel (20 %)
				Système génital féminin/sein (21 %)	Éducation pour la santé (18 %)
					Traitement médicamenteux (14 %)
Diététicien	361	2,0	(1,8 -2,2)	Endocrino-métabolique (75 %)	Éducation (88 %)
Assistante sociale	181	1,0	(0,9 -1,2)	Social (49 %)	Écoute (35 %)
				Psychologique (20 %)	Procédure administrative (18 %)
Autres ‡	97	0,0	(0,00-0,02)		
Total	23 360	130,1			

Tableau 1. Professionnels de santé concernés et principales procédures qui leur sont transférables
 * Pourcentages calculés à partir du total de 17 883 procédures transférables. Une même procédure pouvait être transférable à plusieurs professionnels.
 † Pourcentages calculés à partir du total des procédures transférables pour le professionnel par système et par rubrique.
 ‡ Autres : pédicure-podologue, dentiste, ostéopathe, orthophoniste, ergothérapeute, opticien, audioprothésiste.

réaliseraient des injections vaccinales ou pour des kinésithérapeutes des prescriptions. Une autre hypothèse est un possible sentiment de menace ressentie par les médecins sur leur statut, leur rôle professionnel ou leurs revenus, comme l'ont suggéré des études qualitatives¹⁴. On peut supposer que la rémunération à l'acte des médecins français est un frein au transfert de procédures. Dans la majorité des pays où ces dernières procédures sont transférées, les professionnels sont payés sur un mode salarié ou mixte. Des études qualitatives ont rapporté des doutes des patients sur les compétences des autres professionnels, la peur d'une altération de la relation médecin-patient, et des difficultés à faire changer leurs représentations et habitudes, et la crainte des professionnels d'augmenter leur charge de travail et de devoir assumer de nouvelles responsabilités médico-légales¹⁴.

Nouveaux métiers et nouveaux rôles professionnels

Le transfert de l'examen clinique partiel, la prescription médicamenteuse, l'éducation, en particulier pour les pathologies cardiovasculaires et endocrino-métaboliques, et la vaccination font émerger de nouveaux rôles professionnels. La loi HPST a établi de nouvelles missions pour les pharmaciens d'officine dont la fonction de pharmacien correspondant, incluant le renouvellement périodique de traitements chroniques et l'ajustement de

leur posologie⁷. L'éducation thérapeutique et pour la santé par les pharmaciens est une pratique existante formalisée par cette loi. Une rémunération leur a été octroyée pour l'accompagnement des patients sous AVK dans le cadre d'entretiens à l'officine, suivant l'arrêté du 24 juin 2013 (approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012). Une revue de la littérature souligne qu'aux États-Unis les pharmaciens peuvent gérer des traitements antihypertenseurs, AVK, hypocholestérolémiants et antidiabétiques, et que lors d'expérimentations australiennes et britanniques ils pouvaient gérer et équilibrer l'HTA²⁰. Dans 27,5 % des cas, une procédure est susceptible d'être transférée à différents professionnels de santé à la fois. Cela implique que la réflexion pourrait être élargie au travail en équipe et pas uniquement restreinte à la coopération entre deux corps professionnels²¹.

Limites de l'étude

Un risque de biais lié au choix d'internes de niveau 1 comme investigateurs paraît limité d'après la contre-évaluation de la transférabilité par les MSU, qui n'a pas montré de différence significative pour la proportion de procédures transférables. Un biais de classement des procédures ne peut être exclu, mais a été limité par la formation des investigateurs à l'utilisation standardisée de la CISP-2.

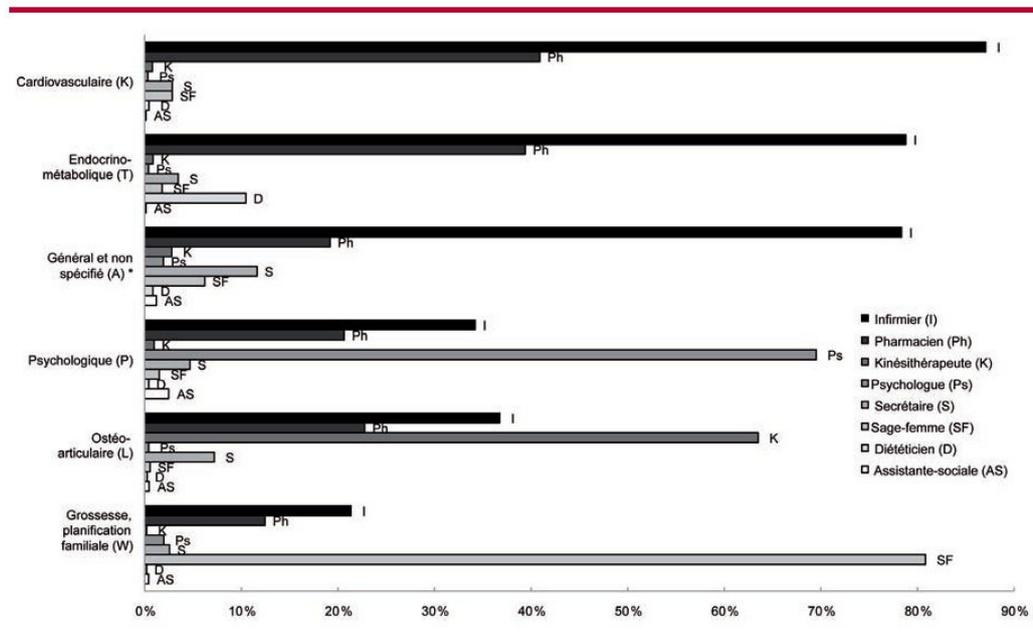


Figure 3. Professionnels concernés pour les procédures des 6 systèmes les plus transférables. Une même procédure pouvait être transférable à plusieurs professionnels. * Le système général correspond dans la CISP-2 à un chapitre non spécifique d'un système corporel ou à l'association d'au moins deux systèmes corporels

Cette classification de référence rend les données comparables à l'échelle internationale. L'étude a permis d'obtenir des données contextualisées, même si elle ne tient pas compte de la disponibilité et de la formation des professionnels de santé, ainsi que du contexte réglementaire, qui sont des freins majeurs. La contextualisation était essentielle à la description des procédures transférables du point de vue de la sécurité et la qualité des soins pour le patient, qui est la question prioritaire de l'organisation des soins.

Conclusions

Une part significative de l'activité des médecins généralistes est potentiellement transférable à d'autres professionnels de soins primaires, notamment une partie de l'examen clinique et des thérapeutiques médicamenteuses. Si certains professionnels, comme les infirmiers et les pharmaciens, affichent leur volonté d'élargir leurs champs de compétences, il est important que les décisions soient fondées sur des données issues du terrain. Il convient de prendre en compte l'avis de tous les autres professionnels de soins primaires et des patients, avant de mener des expérimentations basées sur ces résultats.

Condition(s) nécessaire(s)	Procédures transférables sous condition(s)		
	n	%	IC95 %
Nombre de conditions			
Une seule	5 764	64,0	(63,0-65,0)
Plusieurs	3 219	36,0	(35,0-37,0)
Total	8 983	100	
Type de condition *			
Protocole prédéfini	4 603	51,2	(50,2-52,3)
Dossier médical partagé	4 339	48,3	(47,3-49,3)
Supervision du médecin généraliste	3 877	43,2	(42,1-44,2)
Autre	68	0,8	(0,6-0,9)
Total	12 887	143,5	

Tableau 2. Conditions du transfert de procédures
* Une même procédure pouvait être transférable à plusieurs conditions

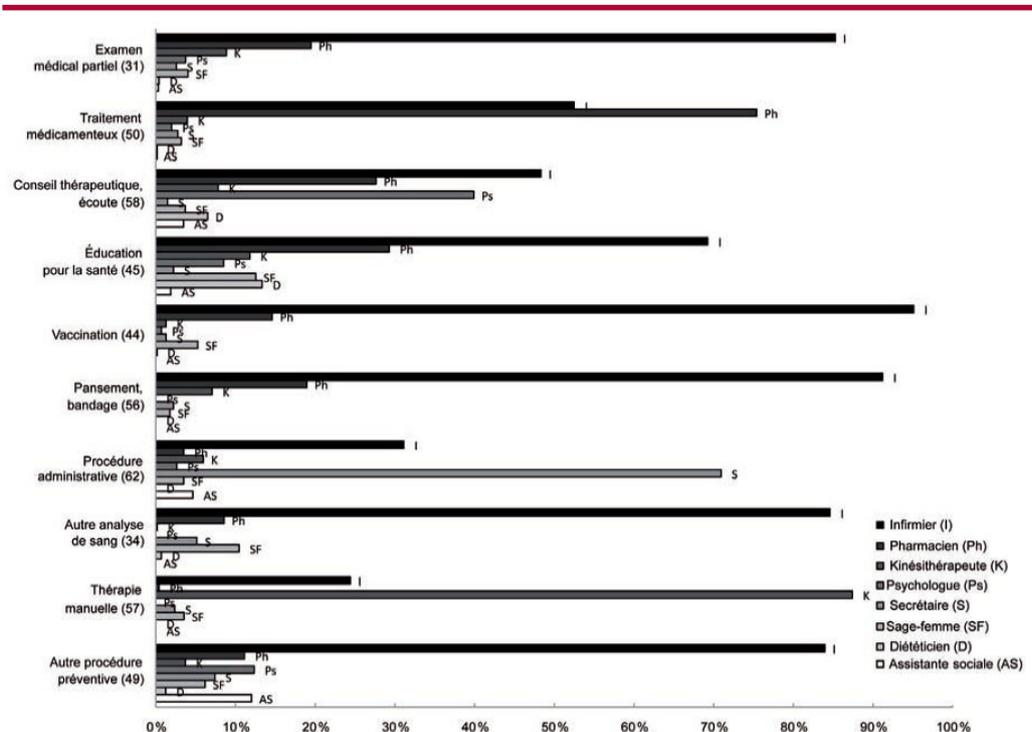


Figure 4. Professionnels concernés pour les 10 rubriques de procédures les plus transférables
Une même procédure pouvait être transférable à plusieurs professionnels

Résumé

Contexte. Afin d'améliorer l'efficacité des soins, le transfert de procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels est envisagé. Si la France en est au stade de l'expérimentation, d'autres pays l'ont déjà largement implémenté.

Objectifs. L'objectif principal était de décrire la fréquence et les caractéristiques des procédures de soins transférables des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé. Les objectifs secondaires étaient de décrire les professionnels de santé concernés et les conditions éventuelles de transfert.

Méthode. Cette étude transversale nationale multicentrique a été réalisée dans 128 cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage supervisé. Entre décembre 2011 et avril 2012, 54 internes de médecine générale ont recueilli les procédures de soins de leurs maîtres de stage, et évalué leur transférabilité éventuelle, en précisant le cas échéant à quel(s) professionnel(s) et sous quelle(s) condition(s).

Résultats. Parmi 98 831 procédures de soins réalisées ou programmées, 18,1 % (IC95 = 17,9-18,3) ont été jugées transférables. Les procédures estimées les plus transférables concernaient les systèmes cardiovasculaires et endocrino-métaboliques, et incluaient l'examen clinique partiel, les traitements médicamenteux, l'éducation et la vaccination. Les principaux professionnels de santé concernés étaient les infirmiers (67,1 % des procédures transférables) et les pharmaciens (32,7 %). Dans 50,2 % (IC95 = 49,5-51,0) des cas, les procédures semblaient transférables sous condition(s), en particulier l'existence d'un protocole prédéfini (51,2 %) et/ou d'un dossier médical partagé (48,3 %).

Conclusion. Une part significative de l'activité des médecins généralistes pourrait être transférée à d'autres professionnels de santé. Certains transferts envisagés paraissent innovants, comme ceux des examens cliniques et des traitements médicamenteux. Il convient de prendre en compte l'avis des autres professionnels de soins primaires et des patients avant de mener des expérimentations fondées sur ces résultats.

Références

- Berland Y, Gausseron T. Mission « Démographie des professions de santé ». Rapport n° 2002135. Paris : La documentation française, 2002.
- Midy F. Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. CREDES 2003;43. Disponible sur : <http://www.sideralsante.fr/repository/references/000001b5.pdf>.
- Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, 2e version (CISP-2), assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité international de classification de la WONCA. Bruxelles : Care Editions, 2000.
- Bourqueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Paris : Irdes, 2008.
- République française. Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière. JORF n° 0148 du 28 juin 2011;10912.
- Haute autorité de santé. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé. Paris : HAS, 2007.
- République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 22, 2009;12184.
- Haute autorité de santé. Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique - Tome 1. Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007. Paris : HAS, 2010.
- Haute autorité de santé. Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique - Tome 2. Élaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST. Paris : HAS, 2010.
- Haute autorité de santé. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours. Paris : HAS, 2010. Disponibles sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/
- elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours.
- World Health Organization. Human resources and National health systems : shaping the agenda for action. Final report. Geneva : WHO, 2002.
- Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Paris : OCDE, 2010.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005;2:CD001271.
- Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. J Adv Nurs 2010;66:1658-70.
- Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: skill mix in primary care. J Adv Nurs 1998;28:1120-6.
- Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Études et résultats 2014;873;1-8.
- Denomme LB, Terry AL, Brown JB, Thind A, Stewart M. Primary health care teams' experience of electronic medical record use after adoption. Fam Med 2011;43:638-42.
- Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. N Engl J Med 2013;368:1898-906.
- Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. Physiotherapy 2008;94:236-43.
- Michot P, Catala O, Supper I, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens: une revue systématique de la littérature. Sante publique 2013;25:331-41.
- Xyridis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud 2008;45:140-53.

8.4 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES ET QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE ECOGEN

Laurent Letriliart, 3 juillet 2011

Annexe 1

Titres courts de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2, Wonca)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique hémolysaire B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défiut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B88 Infection par le virus HIV, SIDA B89 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Écoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F08 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F18 Absence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F19 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Contusion oculaire infectieuse F71 Conjunctivite bactérienne F72 Mépharite, orgelot, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F78 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sécheresse oculaire de l'œil F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Métopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F98 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	F01 S/P du cou F02 S/P du dos F03 S/P des lombes F04 S/P du thorax F08 S/P du flanc et du creux axillaire F07 S/P de la mâchoire F06 S/P de l'épaule F09 S/P du bras F10 S/P du coude F11 S/P du poignet F12 S/P de la main et du doigt F13 S/P de la hanche F14 S/P de la jambe et de la cuisse F15 S/P du genou F16 S/P de la cheville F17 S/P du pied et de l'orteil F18 Douleur musculaire F19 S/P musculaire NCA F20 S/P d'une articulation NCA F26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire F27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic. F28 Limitation de la fonction/incap. (L) F29 Autre S/P ostéo-articulaire F30 S/P du pied et de l'orteil F31 Douleur musculaire F32 Fracture du radius/du cubitus F33 Fracture du tibia/du péroné F34 Fracture de la main/du pied F35 Fracture du fémur F36 Autre fracture F37 Entorse de la cheville F38 Entorse du genou F39 Entorse articulaire NCA F40 Luxation et subluxation F41 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire F42 Anom. congénitale ostéo-articulaire F43 Syndrome cervical F44 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation F45 Déformation acquise de la colonne F46 Syndr. dorso-lombaire et irradiation F47 Bursite, tendinite, synovite NCA F48 Polyarthrite rhumatoïde séropositive F49 Coxarthrose F50 Goutarthrose F51 Autre arthrose F52 Syndrome de l'épaule F53 Goutte du joueur de tennis F54 Ostéochondrose F55 Ostéoporose F56 Lésion aiguë interne du genou F57 Autre tumeur bnf./indét. ostéo-artic. F58 Déformation acquise membres inf. F59 Autre maladie ostéo-articulaire	
	Syst. Digestif D	Oreille H		Neurologique N
	D01 Douleur/crampe abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/ anale D05 Démangeaisons périnéales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D18 Mélanie D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D19 Hépatomégalie D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D28 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Otitis D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'oesophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholestyrol/cholestérol D99 Autre maladie du syst. Digestif	H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphènes/bourdonnement d'oreille H04 Écoulement de l'oreille H06 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H16 Préoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otitis externe H71 Otitis moyenne aiguë/myringite H72 Otitis moyenne chronique H73 Sphingite d'ouïe H74 Otitis moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H80 Lésion traumat. supér. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de céramines H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Préabacusie H86 Traumatisme sonore H85 Surdit. H89 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	H01 Mal de tête H03 Douleur de la face H04 Jambes sans repos H05 Fourmillements doigts, pieds, orients H06 Autre perturbation de la sensibilité H07 Convulsion/crise comitiale H08 Mouvements involontaires anormaux H16 Perturbation du goût/de l'odorat H17 Vertige/stourdissement H19 Parésie/saiblesse H19 Trouble de la parole H26 Peur d'un cancer neurologique H27 Peur d'une autre maladie neurologique H28 Limitation de la fonction/incap. (N) H29 Autre S/P neurologique H70 Poliomyélite H71 Méninjetite/méningite NCA H72 Tétanos H73 Autre infection neurologique H74 Cancer du syst. neurologique H75 Tumeur bénigne neurologique H76 Autre tumeur indét. neurologique H79 Commotion H80 Autre lésion traumat. de la tête H81 Autre lésion traumat. neurologique H88 Anom. congénitale neurologique H86 Sclérose en plaque H87 Syndrome parkinsonien H88 Epilepsie H89 Migraine H90 Algie vasculaire de la face H91 Parésie faciale/paralyse de Bell H92 Névralgie du trijumeau H93 Syndrome du canal carpien H94 Névrite/neuropathie périphérique H95 Céphalée de tension H99 Autre maladie neurologique	
	Général et non spécifié A	Cardio-vasculaire K		
	A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Confinement A09 P. de respiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A18 Préoc. par leur traitement médical A16 Nourisson irritable A18 Préoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A28 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A76 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 Autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A82 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicamenteuse A86 Effet sec. subst. médicamenteuse A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA multiples A91 Résultat d'investigt. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé	K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpites/perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Œdème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d'hyperpression K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K78 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K79 Fibillation auriculaire/fibrat. K79 Tachycardie paroxysmique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire		
	CODES PROCEDURE			
	SYMPTÔMES ET PLAINTES			
	INFECTIONS			
	NÉOPLASMES			
	TRAUMATISMES			
	ANOMALIES CONGÉNITALES			
	AUTRES DIAGNOSTICS			

Questionnaire patients étude ECOGEN

Laurent Letrilliart, 3 juillet 2011

Heure de début / __ / __ h / __ / __	Initiales MG / __ / __	Date consult. / __ / __ / __	n° Quest. / __ / __	Patient Nouveau Déjà connu	Genre M F	Année de naissance / __ / __ / __	Consultation Cabinet Visite
Statut ALD CMU AME	Profession agriculteur cadre sup., profession intellectuelle ¹	artisan, commerçant, chef d'entreprise profession intermédiaire ²		employé ³ retraité	ouvrier ⁴ autre sans activité professionnelle		
<small>¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. ² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.</small>							
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)				n° RC	n° RC		
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Transférabilité			
	R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]				N / A	N / A		
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			
<small>Procédure : R = réalisée, P = programmée. Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante-sociale, AP = autre professionnel. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole prédéfini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition. RC : N = nouveau, A = ancien.</small>							Heure de fin / __ / __ h / __ / __

Annexe 4

Questionnaire Médecin

ECOGEN – Questionnaire médecin MSU

1. Votre âge : ans
2. Sexe : Féminin Masculin
3. Milieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain
4. Lieu d'exercice : _____ Code postal :
6. Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3
7. Mode d'exercice : En solo En groupe médical En groupe pluriprofessionnel
8. Nombre annuel de consultations : (merci de joindre une photocopie du RIAP annuel 2010)
9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine :
10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visites par an :

8.5 TRANSFERABILITE DES PROCEDURES DE SOINS DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 (POSTER CNGE GRENOBLE)

TRANSFÉRABILITÉ DES PROCÉDURES DE SOINS DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

IRÈNE SUPPER¹, RENÉ ECOCHARD², YANN BOURGUEIL³, LAURENT LETRILLIART¹.

¹ Collège universitaire de médecine générale, EA 7425 HESPER (Health Services and Performance Research), Université Claude Bernard Lyon 1, ² Département de Biostatistiques, Hospices Civils de Lyon, ³ IRDES

Introduction

90 % de multimorbidité chez les patients diabétiques ^{1,2}

Le transfert de tâches est proposé pour faire face à l'augmentation de la demande de soins, liée à la transition épidémiologique, avec des ressources en professionnels de santé limitées ^{3,4,5}

L'applicabilité du transfert de tâches est questionnée sur l'acceptabilité et l'organisation concrète ⁶

Objectifs

Décrire

- la fréquence et les caractéristiques des procédures de soins transférables des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé lors des consultations des patients diabétiques
- les professionnels de santé potentiellement concernés et les conditions de transfert.

Méthodes

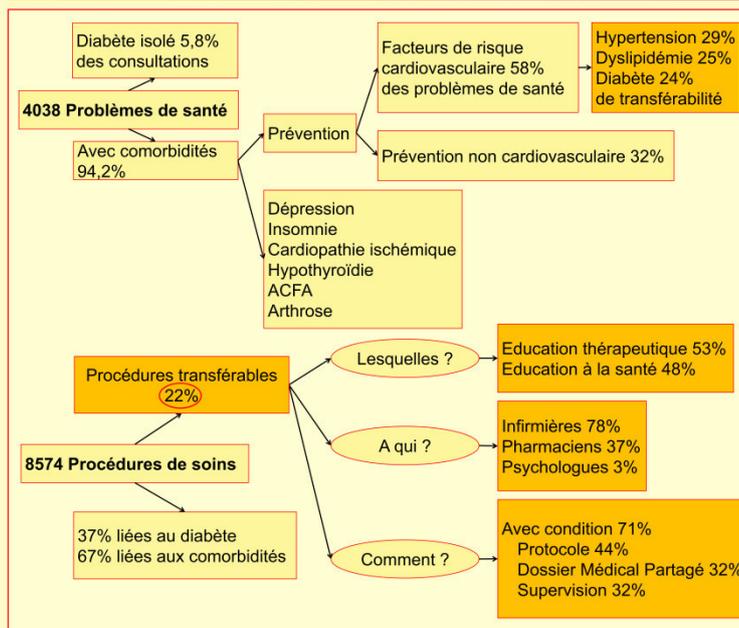
ECOGEN

- Etude transversale nationale multicentrique
 - 128 cabinets de médecine générale
 - 54 internes investigateurs niveau 1
 - Décembre 2011 - Avril 2012
- Données recueillies:
 - Procédures de soins associées aux résultats de consultation des patients consultant leurs maîtres de stage
 - Evaluation par les internes de leur transférabilité éventuelle
 - Professionnels potentiellement concernés
 - Conditions éventuelles
- Analyses
 - Univariées
 - Modèle multivarié multiniveaux

Discussion

- L'influence de la multimorbidité sur le transfert doit être prise en compte.
- La balance bénéfice-risque des procédures transférables conduit à privilégier le transfert de l'éducation
- L'impact de la fragmentation de la continuité relationnelle reste à évaluer
- Forces
 - Pratiques réelles contextualisées
 - Exhaustivité des données
- Limite
 - Critère de jugement subjectif

Résultats 1088 consultations de patients ayant un DT2



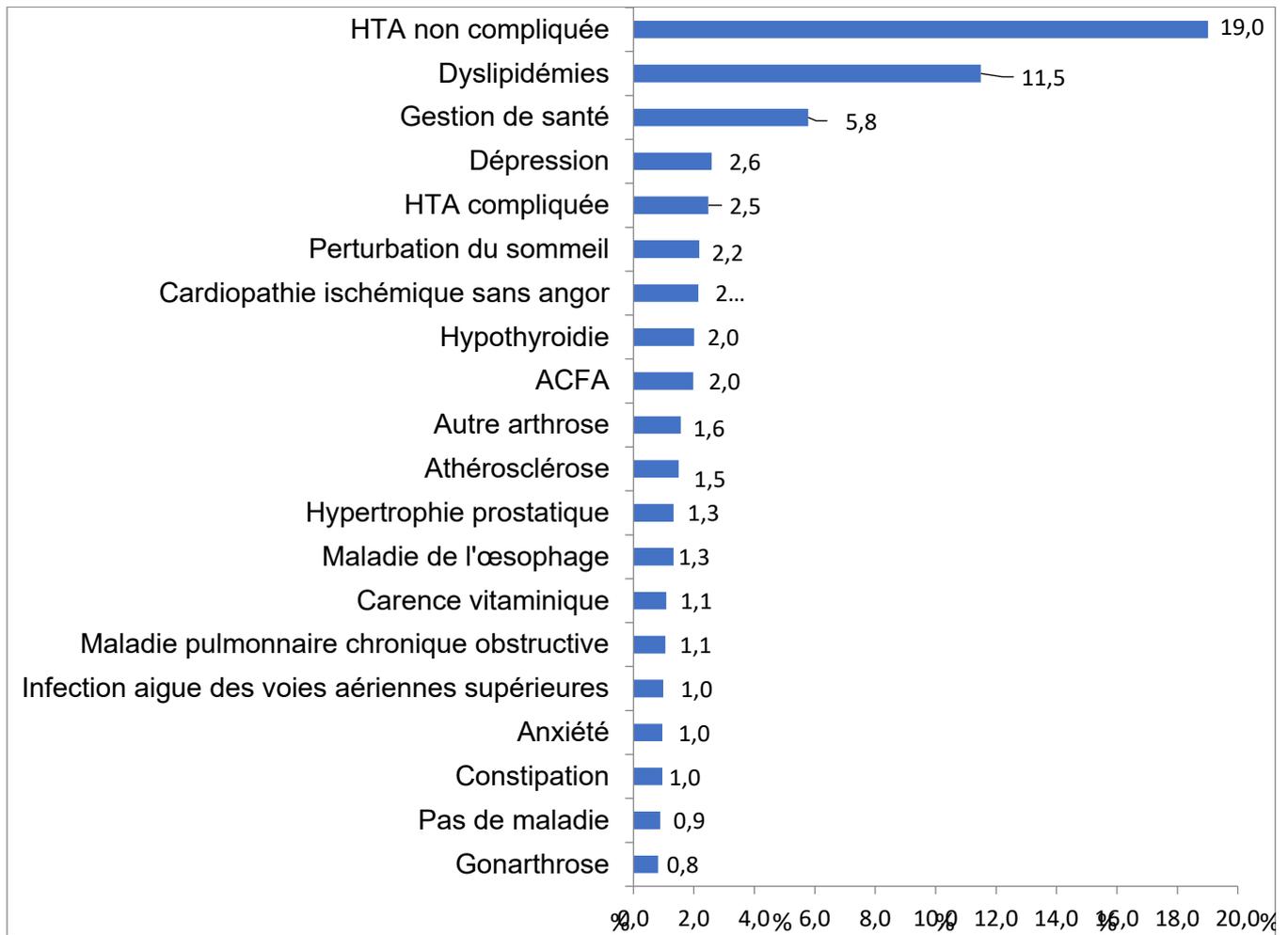
Conclusion

- 1/5^e des procédures éligibles à un transfert
- Privilégier les procédures préventives
- Considérer le risque cardio-vasculaire global du patient
- Adopter une approche centrée patient partagée par l'équipe de soins
- Intégrer des psychologues
- Etudier les avis des patients et des autres professionnels de soins primaires

Références

- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-63.
- Telleur C, Smith SM, Paul G, Kelly A, O'Dowd T. Multimorbidity in a cohort of patients with type 2 diabetes. *Eur J Gen Pract*. 2013;19(1):17-22.
- Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy*. 2004;9 Suppl 1:28-38.
- Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000
- Agamaliev E, Mikol F, Prosi T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc*. 2016;1(16):375-404

Résultats de consultation associés chez les patients consultant entre autres pour leur diabète





Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2

NOR : SSAS1908970V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2, conclu le 10 octobre 2018 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationale des professionnels de santé.

ACCORD CADRE INTERPROFESSIONNEL ENTRE LES PROFESSIONS MENTIONNÉES AUX ARTICLES L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 ET L. 322-5-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-15,
L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)
Et
L'Union nationale des professionnels de santé
Sont convenus des termes de l'accord cadre interprofessionnel qui suit.

Préambule

Notre système d'assurance maladie universel et solidaire joue un rôle clé dans l'accès de tous à des soins de qualité. Les parties signataires entendent contribuer conjointement à faciliter l'accès aux droits et aux soins des patients et à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé pour favoriser la qualité des pratiques.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le rôle clé des professionnels de santé libéraux dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies. Dans ce cadre, ils souhaitent contribuer au développement et à la généralisation de l'exercice coordonné, sous ses diverses formes. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, d'améliorer l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients, de conforter l'offre de soins de premier recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les politiques conventionnelles constituent un véritable levier pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de l'offre de soins, que ces politiques soient menées dans un cadre interprofessionnel ou pour chaque profession.

Dans cette perspective, les parties signataires souhaitent renouveler le partenariat entre l'assurance maladie et les professionnels de santé dans le cadre de l'accord cadre interprofessionnel.

L'accord interprofessionnel doit poursuivre son rôle de cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention mono-catégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels pour favoriser l'exercice coordonné des différents acteurs de santé.

Pour répondre à cet objectif, trois axes principaux ont été définis dont la déclinaison dans les différents accords conventionnels devra être compatible avec le contexte d'évolution maîtrisée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : accompagner les évolutions de pratiques pour généraliser la prise en charge coordonnée des patients, accompagner la transition numérique en santé pour favoriser la coordination des acteurs, poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

TITRE PRÉLIMINAIRE

Portée de l'accord cadre interprofessionnel

Article 1^{er}*Champ d'application de l'accord*

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, le présent accord s'applique :

- aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire ;
- à l'Union nationale des professions de santé (UNPS) ;
- aux professions de santé mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale dont au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire dudit accord.

Cet accord est applicable aux professions suivantes représentées à l'UNPS (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, auxiliaires médicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste) si au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire.

Article 2

Objet de l'accord

L'accord cadre interprofessionnel a vocation à fixer les orientations stratégiques des accords conventionnels qu'ils soient monocatégoriels ou pluriprofessionnels pour les cinq années à venir.

Les parties signataires souhaitent fixer le cadre et les orientations de ces accords notamment sur les modes d'organisation et les outils à promouvoir pour faciliter la coordination des soins.

TITRE I^{er}

Accompagner les évolutions de pratique pour développer la prise en charge coordonnée des patients

Article 3

Généraliser l'exercice coordonné

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le développement d'organisations structurées et coordonnées, capables d'assurer le suivi et l'accompagnement des patients, dont un nombre croissant présente un profil de polyopathologies, de pathologies chroniques, voire de dépendance, est un objectif majeur pour notre système de santé.

Le renforcement de la coordination entre les professionnels de santé et leur capacité à s'organiser sont des conditions essentielles pour assurer :

- une meilleure prise en charge des patients (meilleur suivi des pathologies et des éventuelles complications) ;
- un moindre recours à l'hôpital et aux services d'urgences ;
- une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Ils s'accordent pour affirmer la nécessité de faire évoluer dans les prochaines années, l'ensemble des professionnels de santé vers un exercice coordonné. Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Cet exercice coordonné implique que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une réponse collective aux besoins de santé de la population.

Les professionnels de santé doivent être à l'initiative de ces modes d'organisation, adaptés à leurs attentes et aux besoins des patients, en tenant compte du contexte territorial ou de leur patientèle.

Article 4

Accompagner les démarches en faveur de l'exercice coordonné

Les parties signataires constatent que certains accords conventionnels comportent d'ores et déjà des mesures incitatives en faveur de l'exercice coordonné.

Ainsi, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluriprofessionnelles valorise d'ores et déjà à la fois les engagements en matière de coordination des équipes et l'acquisition d'outils facilitant l'exercice coordonné.

De même, les derniers accords conventionnels signés entre l'assurance maladie et les différentes professions de santé comportent la mise en place d'un forfait structure valorisant les professionnels de santé d'une part, pour

l'informatisation et l'équipement de leur cabinet facilitant le travail en équipe (logiciel compatible DMP, messagerie sécurisée de santé, etc.) et d'autre part, l'engagement des professionnels dans la prise en charge coordonnée des patients (participation à des équipes de soins primaires, à des communautés professionnelles territoriales de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles, etc.). Ce forfait a vocation à bénéficier à l'ensemble des catégories de professionnels de santé.

Les partenaires conventionnels souhaitent que cette démarche en faveur de l'incitation à l'exercice coordonné se poursuive et se renforce dans les années à venir.

Pourrait être mis en place, dans cette perspective, un cadre pérenne de financement pour des formes d'exercice coordonné telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui visent à constituer une réponse pour améliorer l'accès et la continuité des soins dans leurs différentes dimensions : organisation de réponses aux soins non programmés, meilleure articulation entre premier et second recours, gestion de l'articulation ville et hôpital particulièrement au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation pour les patients en situation complexe, maintien à domicile des personnes âgées, développement des activités de prévention et de dépistage.

Au cours de la période de développement de ces structures, les partenaires conventionnels entendent favoriser l'exercice coordonné autour d'un patient grâce à la mise en commun d'outils permettant le partage d'informations.

Les parties signataires s'engagent à approfondir les réflexions notamment dans le cadre du comité de suivi de l'accord (CSA défini à l'article 10 du présent accord) sur la manière de mieux valoriser dans les accords conventionnels l'engagement individuel des professionnels dans la coordination de proximité : outils et modes d'organisation, adaptation des interventions de chaque acteur aux besoins des patients en utilisant au mieux les compétences complémentaires de chacun, démarche facilitant le lien entre, la ville, l'hôpital, le médico-social.

Article 5

Favoriser le recours à la télé médecine

Le déploiement de la télé médecine constitue un enjeu clé pour l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des patients notamment en zone sous dense en offre de soins.

Elle permet une prise en charge et un suivi plus rapides, en évitant des renoncements aux avis spécialisés ou des délais de prise en charge trop longs, en permettant dans certaines situations de prévenir des hospitalisations et ré-hospitalisations. La télé médecine est aussi un moyen d'éviter des déplacements inutiles et des passages des patients aux urgences.

La télé médecine peut également favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des patients.

Les accords conventionnels ont vocation à accompagner l'essor des pratiques de télé médecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de télé médecine dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Un premier accord conventionnel a été défini avec les représentants des médecins libéraux sur les modalités et conditions de mise en œuvre des actes de télé consultation et de télé expertise.

Des accords conventionnels intéressant d'autres professions ont vocation à être conclus pour favoriser le recours aux actes de télé médecine.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la télé médecine doit s'inscrire dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectant les principes d'organisation de notre système de soins.

Elles s'engagent à porter le déploiement de la télé médecine pour l'ensemble des professionnels de santé autour des grands principes suivants.

La télé médecine doit respecter l'organisation des soins et s'inscrire dans le respect du parcours de soins (sauf dans des cas particuliers où possibilité de recours à des organisations territoriales spécifiques apportant une réponse en télé médecine de manière coordonnée).

Sauf situations particulières, les patients doivent être connus des professionnels assurant des actes de télé médecine afin de pouvoir disposer des informations nécessaires à un suivi de qualité.

L'opportunité du recours à la télé médecine relève d'une appréciation au cas par cas des professionnels de santé.

Pour assurer un meilleur suivi des patients et faciliter la prise en charge coordonnée, les professionnels de santé intègrent les comptes rendus des actes de télé médecine réalisés dans le dossier du patient et dans le DMP, le cas échéant, quand il est ouvert.

Les parties signataires estiment que les accords conventionnels doivent comporter des mesures incitatives en matière d'équipements pour favoriser le recours aux actes de télé médecine. Ces mesures peuvent s'intégrer dans les forfaits structure inscrits dans les accords conventionnels tels que visés à l'article 4 du présent accord.

Article 6

Favoriser l'implication des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé

Afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie, les parties signataires souhaitent que les accords conventionnels qu'ils soient monocatégoriels ou pluriprofessionnels renforcent et valorisent l'engagement des professionnels de santé dans les actions et

programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique) et ce, dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle.

Un certain nombre d'accords conventionnels ont d'ores et déjà mis en place des dispositifs permettant de renforcer l'implication des professionnels de santé dans les actions de prévention et de dépistage au travers notamment de rémunérations incitatives reposant sur des objectifs de santé publique de type rémunérations sur objectifs de santé publique.

Les partenaires conventionnels souhaitent donc que cette démarche se poursuive et se renforce dans les années qui viennent afin que la prévention et le dépistage soient pleinement intégrés dans la pratique quotidienne des professionnels de santé.

TITRE II

Accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné

Article 7

Déployer les outils numériques pour faciliter l'exercice coordonné

Le recours aux outils numériques facilite les échanges entre professionnels de santé et contribue à une prise en charge de qualité pour le patient.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de poursuivre le mouvement engagé sur le déploiement des différents outils d'appui à cette coordination dans une logique de parcours de soins, et notamment en favorisant la prise en compte par les professionnels de santé des dernières versions de logiciels disponibles.

Article 7.1

Le dossier médical partagé

Le déploiement sur l'ensemble du territoire du DMP (dossier médical partagé) et le développement de son usage auprès des patients, des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, s'inscrivent pleinement dans cette démarche.

Les logiciels compatibles avec le DMP ont vocation à être déployés auprès de l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

L'alimentation des DMP doit être réalisée en y intégrant a minima les documents suivants :

- volet de synthèse médicale ;
- fiches de synthèses issues des bilans prévus à la nomenclature et dans les différentes conventions ;
- résultats d'examen (biologie, radiographie...) ;
- vaccinations.

Les partenaires conventionnels souhaitent que, dans ce cadre, des travaux soient menés, en lien avec les éditeurs de logiciels, pour faciliter l'intégration automatique de données structurées dans le DMP, notamment pour le volet de synthèse médicale et les fiches de synthèse des bilans.

En outre, les partenaires conventionnels analyseront les difficultés techniques identifiées par les professionnels de santé notamment liées à l'accès au réseau.

Les parties signataires se fixent pour objectif que soient ouverts au moins 40 millions de DMP d'ici cinq ans. Pour y parvenir, elles s'accordent pour mener, en partenariat, des travaux concernant les évolutions du DMP et des logiciels métiers des professionnels de santé : faciliter l'interconnexion entre les données figurant dans le DMP et les données saisies dans le logiciel métier, téléchargement dans le logiciel métier des professionnels de santé des documents extraits du DMP, alimentation automatique du DMP par les données saisies dans le logiciel métier, intégration dans le DMP du patient de la liste des professionnels de santé habituels assurant sa prise en charge, etc.

Des mécanismes d'incitation à l'ouverture, à l'alimentation et à l'usage du DMP peuvent être mis en place dans les accords conventionnels monocatégoriels.

Article 7.2

Les messageries sécurisées de santé

Les professionnels de santé s'engagent à utiliser un cadre adapté à l'échange d'informations en respectant les recommandations CNIL en matière d'échanges sécurisés de santé que ce soit pour les échanges entre professionnels de santé ou pour les échanges entre les professionnels de santé et les patients.

Les parties signataires se fixent pour objectif que l'ensemble des professionnels soient équipés d'une messagerie sécurisée de santé d'ici 3 ans.

Afin de déployer les messageries sécurisées de santé auprès de l'ensemble des professionnels de santé, les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser des travaux, en lien avec les éditeurs de logiciels et les fournisseurs de services de messagerie, pour favoriser l'intégration des messageries sécurisées au sein des logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé.

Article 7.3

Les équipements permettant le recours aux actes de télémédecine

Les parties signataires estiment nécessaire d'accompagner les professionnels de santé qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant le recours à la télémédecine.

Dans cette perspective, ils s'accordent pour que les accords conventionnels qu'ils soient mono catégoriels ou pluriprofessionnels puissent comporter des aides aux investissements techniques nécessaires.

Article 7.4

Le déploiement de la prescription électronique

La prescription électronique, ou e-prescription, constitue un enjeu majeur pour la modernisation et la transformation du système de santé français.

Elle se caractérise par la dématérialisation des prescriptions et des délivrances des prestations chez les prescrits sous forme de données structurées au sein de bases de données nationales. Les prescriptions contenues dans ces bases ne seront pas nominatives tant que la prescription n'a pas été exécutée. Les prescripteurs et les prescrits pourront en parallèle alimenter le DMP afin que les professionnels autorisés par le patient puissent y avoir accès.

Une fois largement déployée, les bénéfices attendus de la e-prescription sont multiples et constituent des apports importants dans différents domaines pour l'ensemble des acteurs, les patients, l'ensemble des professionnels de santé et l'assurance maladie en permettant de :

- simplifier et sécuriser le circuit de l'ordonnance, depuis la prescription jusqu'à la délivrance ou la réalisation de l'acte ;
- fluidifier et fiabiliser les échanges entre les médecins et les professions prescrites grâce à la dématérialisation et à la structuration des données des prescriptions, les prescripteurs ayant par exemple accès aux informations de la délivrance des médicaments qu'ils ont prescrits ;
- favoriser la coordination des soins grâce au partage des informations de prescription entre les professionnels de santé ;
- fiabiliser les remboursements et réduire les risques de falsification ou d'indus induits par des prescriptions non conformes à la liste des actes et prestations.

Au regard de ces enjeux considérables, les parties signataires se fixent pour objectifs la mise en œuvre et le déploiement de la e prescription avec un calendrier progressif mais ambitieux sur une période de quatre ans pour toutes les prescriptions (produits de santé, examens de biologie, d'imagerie, actes infirmiers...).

La gouvernance, les principes et les règles applicables à la mise en place et au déploiement de la e-prescription, y compris les cahiers des charges, doivent être définis de manière conjointe entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé.

Article 7.5

Les travaux techniques nécessaires au déploiement des outils numériques

Les parties signataires s'engagent à poursuivre les travaux techniques initiés dans le cadre du comité technique interprofessionnel de modernisations des échanges (COTIP) défini à l'article 11 du présent accord visant à déployer les outils numériques au service de l'exercice coordonné.

Ces travaux portent notamment sur :

- l'équipement de l'ensemble des professionnels de santé du socle technique minimal pour pouvoir intégrer dans de bonnes conditions les nouveaux outils de la coordination : messagerie sécurisée de santé, DMP, prescription électronique, télémédecine etc, et tendre vers l'actualisation des versions logiciels déployées sur le terrain ;
- l'interopérabilité des systèmes d'information facilitant les échanges entre professionnels de santé ;
- la sécurisation des différentes couches techniques (certificats, lecteurs, navigateurs...);
- la structuration des données dans les logiciels métier pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et optimiser le suivi des patients et patientèle.

Ces travaux doivent être menés en partenariat avec les éditeurs de logiciels afin qu'ils puissent garantir l'ergonomie et la facilité d'usage attendues par les professionnels de santé. L'ASIP santé peut être également associée à ces travaux en tant que de besoin.

TITRE III

Poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé

La simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé obéit à la fois à une exigence de qualité de service envers les patients, mais également à la volonté de libérer du temps médical des professionnels auprès des patients et ainsi favoriser l'accès aux soins.

Article 8

Accompagner les professionnels de santé

L'assurance maladie s'engage à poursuivre l'accompagnement individualisé des professionnels de santé. Ainsi, doivent être proposées, à l'ensemble des catégories de professionnels de santé, des rencontres avec les praticiens-conseils et les délégués de l'assurance maladie organisées autour de la diffusion régulière d'informations récentes sur la profession de manière générale et permettant d'objectiver la pratique individualisée de chaque professionnel de santé. Ces échanges confraternels, ou visites, permettent d'apporter aux professionnels de santé rencontrés des informations actualisées concernant l'exercice de sa pratique. Il peut notamment s'agir de discussions autour de recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales, d'un état des lieux de la pratique constatée sur le territoire par type de professionnels de santé, des outils d'aides à la pratique (mémo, arbres décisionnels...) ou encore du contenu de futures campagnes de communication destinées aux assurés. Ces échanges peuvent être organisés avec une approche pluri-professionnelle en fonction des thèmes traités.

Article 8.1

Un accompagnement plus personnalisé

Depuis 2017, l'accompagnement des professionnels de santé par l'assurance maladie évolue vers une plus grande personnalisation, avec, notamment, la réalisation d'échanges confraternels autour de « cas-patients » permettant de mieux aborder les difficultés rencontrées par les soignants.

Pour les années à venir, l'objectif est de construire un accompagnement par pathologie, plus orienté vers le parcours de soins des patients. Dans ce contexte, l'approche pluri-professionnelle de l'accompagnement va être développée.

Article 8.2

La poursuite de l'accompagnement des professionnels de santé par les conseillers informatique service (CIS)

Chaque caisse d'assurance maladie dispose de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels de santé dans l'informatisation de leur pratique et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges (utilisation des outils de facturation ou télé services intégrés à leur logiciel métier le cas échéant). Ils sont les interlocuteurs privilégiés concernant l'ensemble des téléservices proposés par l'assurance maladie.

Ils sont amenés à contacter ou rencontrer les professionnels de santé sur plusieurs versants :

- assistance technique (démarrage d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents) ;
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices).

Les CIS vont notamment s'attacher aux actions suivantes :

- contribuer à la réduction des rejets et à la garantie de paiement dans le cadre de la pratique du tiers payant ;
- promouvoir le Dossier médical partagé (DMP) ;
- accompagner la mise en place des messageries sécurisées de santé auprès de toutes les professions ;
- poursuivre la promotion et l'accompagnement de SESAM-Vitale, des téléservices, de l'ADRI (acquisition des droits intégrée) ;
- soutenir et accompagner la mise en place du forfait structure des différentes professions ;
- accompagner le déploiement de la télémédecine ;
- promouvoir le déploiement de la e-prescription ;
- favoriser le déploiement de la e-Carte Vitale.

Article 8.3

La poursuite du développement des services dématérialisés et téléservices

Les parties signataires s'accordent pour poursuivre le développement des services dématérialisés et des téléservices. L'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé des services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles et ont vocation à être étendus à d'autres professions ou intégrés directement dans les logiciels métiers des professionnels de santé :

- affichage du suivi des paiements à destination des professionnels de santé ;
- dialogue via une messagerie sécurisée entre les professionnels de santé et les services médicaux de l'assurance maladie ;

- pour les médecins, des services en ligne permettent une facilitation de la prise en charge des patients (gestion des protocoles de soins électroniques, prescription d'arrêt de travail en ligne, déclaration de médecin traitant en ligne, déclaration de grossesse en ligne...).

Elles s'accordent sur la nécessité de poursuivre ces démarches en travaillant notamment sur la dématérialisation des accords préalables ou encore sur la mise à disposition des professionnels de santé des informations pertinentes dématérialisées pour leur apporter un appui dans leurs pratiques et dans la prise en charge de leurs patients (informations sur la patientèle issues des bases de l'assurance maladie sur différents critères).

Article 8.4

L'accompagnement du développement de la facturation en tiers payant

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline notamment dans un engagement pour faciliter la facturation des actes.

Un engagement pour faciliter la facturation des actes :

- garantie de paiement sur la base des informations inscrites sur la carte vitale du patient ;
- délais de paiements ;
- réduction des motifs de rejets de facturation ;
- déploiement d'outils facilitateurs à la pratique du tiers payant ;
- mise en place d'un point d'entrée unique pour les PS (CESI).

Le déploiement des outils tels que ADRi (Acquisition des Droits Intégrée au logiciel de facturation) permet de fiabiliser la facture en tiers-payant au plus près de la situation du patient connue des bases de l'assurance maladie et d'éviter ainsi les rejets liés aux droits.

Une traçabilité de l'interrogation des droits sera intégrée dans la Feuille de Soins Electronique.

De même, l'usage de la carte vitale dématérialisée (e-carte vitale) :

- permet d'élaborer des feuilles de soins électroniques sur présentation de la carte vitale dématérialisée présente sur le smartphone des patients ;
- facilite la pratique du tiers payant dans les situations d'absence de carte Vitale.

L'ensemble des accords conventionnels avec les professionnels de santé doivent porter ces engagements.

TITRE IV

Réaffirmer l'engagement de l'assurance maladie de sa participation à la prise en charge des cotisations sociales au profit des professionnels de santé conventionnés

Article 9

Engagement de l'assurance maladie sur la participation aux cotisations sociales des professionnels de santé

L'assurance maladie réaffirme son engagement de garantie de la participation à la prise en charge des cotisations sociales au profit des professionnels de santé conventionnés en contrepartie du respect des tarifs conventionnels. Cette participation est assise sur l'activité effectuée dans le cadre conventionnel (à l'exception des dépassements d'honoraires) et également sur les revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des professionnels de santé. Dans ce cadre, les parties signataires veillent à ce que l'ensemble des accords conventionnels mono catégoriels intègrent bien les dispositions nécessaires pour assurer une neutralité financière aux professionnels de santé du fait de l'évolution du cadre législatif avec la hausse du montant de la CSG définie dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Chaque convention nationale avec les professionnels de santé concernés porte cet engagement.

TITRE V

Les instances de suivi de l'accord

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de l'accord cadre et mettent en place :

- un comité de suivi de l'accord (CSA) ;
- un comité technique inter professionnel de modernisation des échanges (COTIP).

Article 10

*Comité de suivi de l'accord (CSA)***Composition du CSA :**

Le comité de suivi de l'accord est composé paritairement de deux sections :

- la section professionnelle composée des représentants des différentes professions de santé composant l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ;
- la section sociale composée des représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM) signataire du présent accord.

Siège également avec voix délibérative, un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire dès lors qu'elle est signataire du présent accord. Dans cette configuration, le président de la section professionnelle dispose de deux voix afin d'assurer la parité entre les sections.

Représentants des différentes professions de santé composant l'UNPS :

1 siège est attribué à chaque organisation syndicale représentée à l'UNPS et signataire du présent accord.

Représentants de l'assurance maladie obligatoire :

Un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué, afin de respecter la parité.

70% des sièges pour l'assurance maladie sont attribués à des représentants du régime général ;

30% à des représentants du régime agricole.

Dans l'hypothèse où, après application de la règle de l'arrondi à l'entier le plus proche, le nombre de sièges de la section sociale serait :

- supérieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est retiré pour le régime général ;
- inférieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est ajouté pour le régime général.

Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de deux voix pour respecter la parité entre sections.

Présidence des sections et du comité :

Lors de la première réunion du comité, chaque section désigne son président.

Les présidents de chacune des sections assurent par alternance annuelle, par année civile, la présidence et la vice-présidence du comité.

La présidence du comité est assurée la première année du présent accord par le président de la section professionnelle.

Missions du CSA :

Le comité de suivi de l'accord a un rôle d'orientation et de coordination entre les différentes parties signataires.

Il permet de créer une concertation entre les signataires et assure le suivi régulier des différents sujets entrant dans le champ de l'accord cadre interprofessionnel.

Le comité de suivi de l'accord a notamment pour fonction de :

- s'assurer du respect de l'accord par les parties ;
- réfléchir sur les modalités d'intégration dans les accords conventionnels d'un accompagnement renforcé de l'engagement individuel des professionnels dans la coordination de proximité : outils et modes d'organisation, adaptation des interventions de chaque acteur aux besoins des patients en utilisant au mieux les compétences complémentaires de chacun, démarche facilitant le lien entre, la ville, l'hôpital, le médico-social ;
- définir la feuille de route des travaux du COTIP et valider lesdits travaux ;
- examiner le respect des conditions de financement de l'UNPS ;
- étudier les différents thèmes à dimension pluriprofessionnelle pouvant faire l'objet de propositions pour les orientations du développement professionnel continu (DPC) ;
- préparer les avenants et annexes à l'accord.

Fonctionnement :

Le comité est mis en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

Réunions :

Le comité de suivi de l'accord se réunit en tant que de besoin et au minimum 2 fois par an.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat aux membres de la commission, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par le secrétariat en accord avec le président et le vice-président, et des documents utiles.

Chaque section fait appel en tant que de besoin à des conseillers techniques dont elle juge la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à 4 par section. Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points inscrits à l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise.

Chaque membre peut se faire valablement représenter par un autre membre de sa section.

Tenue du secrétariat :

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement du comité sont mis en place par l'UNCAM. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives du comité (convocations, relevés de décisions, comptes rendus, constats de carence...).

Délibérations :

Le comité ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou valablement représentés au moins égal à la moitié des membres composant chaque section.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En l'absence de quorum, un nouveau comité est convoqué dans un délai de 15 jours. Il délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

Conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix et s'il n'est pas proposé de proposition transactionnelle, il est procédé à un second vote. La délibération sur le point litigieux est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions, ou figurent dans le compte rendu de la réunion, établi dans les deux mois de la tenue du comité. Ce document est adressé à chaque membre puis soumis à l'approbation des membres lors de la prochaine séance.

Carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti résultant de l'incapacité d'une section à désigner ses membres ;
- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section, refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant ce constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Article 11*Comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges (COTIP)*

Il est mis en place un comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges (COTIP).

Composition et installation du COTIP :

Le comité est composé :

- de représentants de l'assurance maladie obligatoire ;
- de représentants de l'UNPS.

Des représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participent également à ce comité dès lors qu'elle est signataire du présent accord

Le comité est mis en place par le comité de suivi de l'accord.

Mission du COTIP :

Il travaille sur les travaux techniques définis par le CSA dans sa feuille de route.

Ces travaux portent notamment sur :

- l'équipement de l'ensemble des professionnels de santé du socle technique minimal pour pouvoir intégrer dans de bonnes conditions les nouveaux outils de la coordination : messagerie sécurisée, DMP, prescription électronique, etc, et la rationalisation des versions déployées sur le terrain ;
- les projets d'outils mis à disposition des professionnels de santé : outils de coordination, téléservices, facturation, etc ;

- l'interopérabilité des systèmes d'information facilitant les échanges entre professionnels de santé (y compris dans le cadre du développement de la télémédecine) ;
- la structuration des données dans les logiciels métier pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et optimiser le suivi des patients et patientèle ;
- les démarches mises en place pour simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé évoquées notamment au titre 3 du présent accord.

Ces travaux, plus généralement orientés autour des pratiques de la facturation, de la stratégie des systèmes d'informations, de la stratégie métier (mobilité, ...) et des projets transversaux, doivent être menés en cohérence avec les éditeurs de logiciels afin qu'ils puissent garantir l'ergonomie et la facilité d'usage attendues par les professionnels de santé.

Le COTIP est régulièrement informé de l'avancée des travaux sur la mise en œuvre et le déploiement de la e prescription.

Les membres du COTIP sont destinataires des documents techniques mis à disposition de l'ensemble des partenaires (industriels, éditeurs et fournisseurs de solutions informatiques pour les professionnels de santé).

Réunions et tenue du secrétariat :

Il se réunit au moins quatre fois par an et en tant que de besoin.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat du comité de suivi de l'accord aux membres du comité, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par le secrétariat du comité de suivi de l'accord, après avis favorable du président et du vice-président du comité de suivi de l'accord.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité. Le comité est présidé par un professionnel de santé libéral, représentant de l'UNPS.

En cas de difficulté de fonctionnement, le comité de suivi de l'accord est saisi.

TITRE VI

Durée et conditions d'application de l'accord

Article 12

Durée et résiliation de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

Il peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de l'UNPS, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord dans les conditions prévues par la réglementation.

L'accord cadre arrivé à échéance ou résilié continue de produire ses effets jusqu'à la publication au *Journal officiel* d'un nouvel accord cadre.

Article 13

Modalités de révision de l'accord

Le présent accord peut être modifié par voie d'avenants.

Article 14

Application et conséquences pour les professions de santé

Application de l'accord :

Le présent accord est applicable aux professions de santé dont au moins un syndicat représentatif est signataire de l'accord, sauf opposition valablement formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de la profession, dans les conditions prévues à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales des professions de santé signataires du présent accord ainsi que l'assurance maladie s'engagent à reprendre et décliner dans le cadre des conventions nationales les principes qui sont présentement actés.

Une organisation syndicale représentative signataire peut décider de dénoncer son adhésion au présent accord en cas de non-respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ou de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.

Si cette organisation syndicale est la seule, ou la dernière, organisation syndicale représentative signataire pour la profession, la dénonciation de la signature conduit à rendre inapplicable l'accord à la profession concernée.

La dénonciation doit s'effectuer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord.

Notification :

Les caisses d'assurance maladie informent les professionnels de santé qui sollicitent leur adhésion à une convention nationale des textes applicables, aussi bien les conventions nationales que le présent accord cadre.

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé, sur son site internet, le présent accord cadre dans un délai d'un mois suivant sa publication au *Journal officiel*.

Article 15

Contribution de fonctionnement de l'Union nationale des professionnels de santé

L'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution annuelle à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Le montant de cette contribution ainsi que ses modalités de versement et de contrôle sont définis à l'annexe 1 du présent accord cadre.

Fait à Paris, le 10 octobre 2018.

Pour l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

N. REVEL

Pour l'Union nationale des professionnels de santé :

La présidente,

J. WITTEVRONGEL

ANNEXE 1

CONTRIBUTION DE FONCTIONNEMENT DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Conformément à l'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale, l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution annuelle à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Cette contribution de fonctionnement correspond aux seules dépenses de gestion dûment justifiées et engagées pour l'exercice des missions de l'UNPS définies par le cadre législatif et réglementaire.

1. Fixation et montant de la dotation :

Le montant annuel de la contribution de fonctionnement est fixé à un montant de 800 000 euros.

Ce montant peut être revu par voie d'avenant au présent accord.

2. Conditions de versement de la dotation :

Modalités de versement de la dotation :

La Cnam effectue les versements à l'UNPS.

Ce versement s'effectue au début de chaque trimestre (terme à échoir), sur la base de 100 % de l'état prévisionnel annuel, lui-même établi dans la limite de la dotation fixée pour l'année d'exercice.

Etat budgétaire prévisionnel annuel :

L'UNPS s'engage à transmettre avant le 15 décembre de l'année n-1 un état budgétaire prévisionnel annuel des dépenses de l'année n, dans la limite de la dotation fixée pour l'année n. Les états budgétaires prévisionnels annuels doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS.

Etat récapitulatif annuel des dépenses supportées :

A l'issue de l'exercice de l'année n et au plus tard au 30 avril de l'année n+1, l'UNPS s'engage à présenter à la Cnam, un état récapitulatif attestant des dépenses supportées au cours de l'exercice n. Les états récapitulatifs annuels originaux doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS. Ils sont certifiés conformes aux écritures comptables par un commissaire aux comptes.

L'état récapitulatif annuel est détaillé par poste de dépenses et de recettes.

Dans l'hypothèse où l'état fait apparaître un montant inférieur à celui versé par la Cnam au titre de l'année considérée, le montant de cette différence (budget non consommé) est reporté sur le budget de l'année n+1.

Dans l'hypothèse où l'état ferait apparaître un montant supérieur à celui versé par la Cnam, au titre de l'année considérée, la Cnam ne participerait pas aux dépenses supplémentaires qui résulteraient du dépassement du budget prévisionnel annuel des dépenses.

L'UNPS tient, en son siège, à la disposition de la Cnam, les justificatifs de l'ensemble des dépenses engagées pour le fonctionnement de l'UNPS. Elle s'engage à présenter à la Cnam, au plus tard au 30 avril de l'année n+1 :

- une attestation établissant que la contribution de fonctionnement versée correspond aux seules dépenses de gestion dûment facturées et engagées pour l'exercice des missions réglementairement prévues pour l'UNPS ;

- un rapport d'activité retraçant l'ensemble des activités de l'UNPS au cours de l'année n.

3. Contrôles de l'utilisation de la dotation :

Compte de résultat et bilan comptable :

L'UNPS s'engage à produire, à l'appui des états de dépenses annuelles, le compte de résultat et le bilan comptable, signés de son président et de son trésorier et certifiés conformes aux écritures comptables par son commissaire aux comptes au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'exercice.

Contrôle de l'utilisation des fonds :

La Cnam a la faculté à tout moment de faire procéder par l'intermédiaire de ses agents, à des contrôles sur pièces ou sur place en ce qui concerne la gestion de la contribution. Ces agents peuvent, 15 jours après information de l'UNPS de leur habilitation à cet effet donnée par le directeur général de la Cnam, se faire présenter tous documents justificatifs pour mener à bien leur mission, sans que l'UNPS puisse s'y opposer. Ces agents peuvent, si nécessaire être accompagnés d'auditeurs externes.

Si des irrégularités de gestion étaient constatées à cette occasion, la Cnam notifie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'UNPS, le détail des sommes réclamées en l'invitant à présenter, si elle le souhaite, des observations écrites dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai et au regard des éventuelles observations présentées par l'UNPS, la Cnam se réserve la possibilité d'engager les poursuites nécessaires de déduire des versements suivants et/ou de récupérer immédiatement les sommes versées qui auraient été utilisées pour financer toute dépense étrangère au fonctionnement de l'UNPS, dans le cadre de l'exercice de ses missions propres. Le lancement de cette procédure ne peut intervenir que quinze jours au minimum après information des membres du comité de suivi de l'accord.

SUPPER Irène, Anny

La coopération interprofessionnelle en soins primaires autour des pathologies chroniques : application au diabète de type 2.

Interprofessional collaboration in primary care for chronic diseases: an application to type 2 diabetes

Th. Sc. : Lyon 2019

RESUME

Face à la transition épidémiologique, avec l'augmentation des besoins de santé dans un cadre de ressources professionnelles limitées, une nouvelle coopération interprofessionnelle formalisée en soins primaires est requise. Les modalités pratiques et l'acceptabilité de cette coopération en soins primaires restent à définir. L'objectif de cette thèse était d'identifier les représentations générales des facteurs facilitant ou limitant la coopération interprofessionnelle en soins primaires et d'explorer les procédures de soins des médecins généralistes, susceptibles d'être transférées à d'autres professionnels de santé chez les patients atteints d'une maladie chronique prototypique.

A partir d'une revue systématique des déterminants de la coopération interprofessionnelle, nous avons montré que l'organisation du travail en équipes de soins primaires doit tenir compte de l'ensemble des acteurs concernés et en premier lieu du patient, que ce soit dans le domaine de la recherche, de la formation et des protocoles de soins.

Dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques de type 2, une étude nichée dans l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine GÉNÉrale) a montré qu'une part significative de l'activité des médecins généralistes pourrait être transférée à d'autres professionnels de santé, notamment dans le champ de la prévention du risque cardio-vasculaire considéré dans sa globalité.

La délégation de tâches par binômes doit évoluer vers une organisation en équipes pluriprofessionnelles incluant le patient. Les représentations des patients et des différents professionnels devront être prises en compte avant d'étendre les expérimentations en cours

MOTS CLES

Médecine Générale, Médecine de famille, délégation professionnelle, relation interprofessionnelle, coopération interprofessionnelle, soins de santé primaire, diabète de type deux

JURY

Membres :
Professeure Laurence MEYER
Professeure Marie-Eve ROUGE BUGAT
Professeur Olivier BUGNON
Professeur René ECOCHARD
Docteur Yann BOURGUEIL
Professeur Laurent LETRILLIART

DATE DE SOUTENANCE

30 Septembre 2019

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE

EA 7425 HESPER, Health Services and Performance Research

Université Claude Bernard Lyon 1

Domaine Rockefeller- 4eme étage (aile CD)

8 avenue Rockefeller

69373 Lyon 8

