

## ATELIER 4

Jeudi 25 Septembre 2014

### Maisons de Santé et Datasets

Pr Jean-Michel Chabot, Conseiller Médical du Président et du Directeur, HAS  
[m.chabot@has-sante.fr](mailto:m.chabot@has-sante.fr)

Dr Pierre de Haas, Président, FFMPS  
[pierre.de-haas@ffmps.fr](mailto:pierre.de-haas@ffmps.fr)

#### EXERCER en 2014 ... et au delà

... « Une majorité des médecins qui exercent en soins de premier recours ressentent une lassitude assimilable au « burn out ». La charge de travail, les horaires extensifs, l'environnement professionnel insuffisamment organisé, ou même chaotique, les incessantes contraintes réglementaires ou administratives, le fait que les problèmes des malades soient traités de manière fragmentaire et finalement, les attentes de plus en plus considérables qui retombent sur les médecins placés au contact quotidien des malades, contribuent à cette lassitude croissante ».

Voilà bien une déclaration qui pourrait être faite par nos médecins généralistes exerçant dans des zones péri urbaines ou semi rurales, là où des confrères ont cessé leur activité sans être remplacé. Et pourtant, pas du tout. Ces quelques lignes sont extraites d'un article<sup>1</sup> du JAMA, traitant des difficultés croissantes en soins primaires et publié en 2002, il y a déjà douze années.

Et, en juin 2013, les mêmes auteurs viennent de publier dans *Annals of Family Medicine*<sup>2</sup> un travail largement plus positif, où ils exposent les évolutions en cours dans différents Etats d'Amérique. Ces évolutions ont comme point commun de renouveler l'intérêt et l'engouement professionnel, en assurant aux malades les conditions de prise en charge qu'ils sont en droit d'attendre.

Vingt trois « *Primary Care Practices* » correspondant aux groupes, pôles ou bien maison de santé où exercent un nombre croissant de nos professionnels en ambulatoire, ont donc été visités et analysés par les auteurs. Ces 23 structures de soins étaient situées en ville, en périphérie ou encore à la campagne. Les regroupements étaient de taille très variables, allant de 2 à 200 médecins (indépendamment des nombreux autres professionnels associés); cependant la majorité de ces structures comprenait entre 2 et 15 médecins.

Des « innovations » dans l'organisation du travail des professionnels et des soins ont ainsi été caractérisées. Les sept suivantes sont exposées, brièvement discutées et complétées par des exemples pratiques dans l'article rapporté.

- Les patients ont communication des résultats de leurs examens (biologie, imagerie, etc...) antérieurement à leur prise de rendez vous ; ils peuvent ainsi en discuter avec des professionnels dédiés et anticiper les décisions à prendre.
- Plusieurs professionnels, de compétences complémentaires interviennent en équipe autour du même malade ;
- Des professionnels dédiés sont spécifiquement chargés de renseigner les dossiers, de recopier les prescriptions et de planifier le suivi ;
- Les renouvellements des prescriptions des malades chroniques stables sont pré automatisés ;
- L'activité clinique des médecins est recentrée sur l'expertise ;
- La bonne communication entre les différents membres de l'équipe médico soignante est « cultivée » via des réunions de suivi/concertation, des staffs, etc ...
- Les flux de patients, ainsi que les différents types d'intervention qui sont envisagés, préventive, diagnostique, éducative, etc, sont anticipés et planifiés.

**Les auteurs relèvent justement que de telles innovations reposent avant tout sur l'adhésion à une culture d'équipe, supposent un système d'information (logiciel métier) tout à fait fonctionnel et passent par une diversification des modes de rémunération à la satisfaction des professionnels.**

- 1 – Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for americans : putting the house in order ; JAMA. 2002; 288: 889-693
- 2 - Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. [In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices.](#) Ann Fam Med. 2013 May-Jun;11(3):272-8. doi: 10.1370/afm.1531.

## **DE L'IMPORTANCE DE L'INFORMATIQUE PROFESSIONNELLE (REMINDER & DATASET)**

Parmi les fonctionnalités des logiciels métiers figurent les aides à la décision (reminder et dataset) et la gestion proactive de la patientèle.

Il existe plusieurs types d'aide à la décision dont les reminders/Dataset (rappels ou mémos) qui rappellent à l'utilisateur en cours de consultation, des éléments de bonne pratique en fonction du profil du patient. Ils améliorent les processus de soins liés à la prévention, à la prescription d'exams cliniques et à la prescription des traitements).

La gestion de la patientèle consiste à identifier et à atteindre/contacter/sensibiliser les patients – de la patientèle d'un médecin ou d'une structure de soins primaires – qui ont des besoins de préventions ou de suivi de maladie chronique non satisfaits. Elle s'appuie sur un professionnel non médecin. La gestion de la patientèle peut être vue à deux niveaux : comme un changement culturel profond ou comme un ensemble de modalités opérationnelles.

Une équipe de Boston a analysé l'impact de reminders couplés à la gestion de la patientèle dans le cadre d'un essai randomisé à trois bras : reminders isolés, reminder + gestion de la patientèle, bras contrôle, dans deux structures de soins primaires de 34 et 20 médecins. Quatre thèmes étaient retenus et visés les personnes de plus de 65 ans : désignation d'un professionnel de proximité, dépistage de l'ostéoporose, vaccinations contre la grippe et le pneumocoque.

Les résultats à 1 an montrent que les reminders aident les médecins à atteindre des taux de réalisation plus élevés sur les 4 thèmes, par rapport au bras contrôle. L'utilisation isolée des reminders facilite des améliorations significatives pour les taux de vaccinations alors que les reminders couplé à la gestion de la patientèle facilitent des améliorations significatives aussi pour la désignation d'un professionnel de proximité et le dépistage de l'ostéoporose.

Cet effet différentiel pourrait être dû en partie au temps et à l'effort exigé pour répondre à ces deux dernières actions, dissuadant les médecins de le faire.

En revanche si l'utilisation des reminders et de la gestion de la patientèle améliorent le taux de réalisation des vaccinations par rapport au reminder isolé cette différence n'est pas significative.

**Les auteurs indiquent que leurs résultats suggèrent que les reminders/Datasets et la gestion de la population sont efficaces quand ils aident les médecins sans ajouter un fardeau significatif à leur charge de travail. Étendre l'action des médecins par un manager de la patientèle s'est montré très efficace pour répondre aux tâches demandant du temps et un effort important, qui autrement pourraient avoir été négligées.**

### **Electronic Medical Record Reminders and Panel Management to Improve Primary Care of Elderly Patients**

*Timothy S. Loo et al.* Archives intern med.

## LISTE DES PARTICIPANTS

Responsables : **Pr Jean-Michel CHABOT**, Conseiller Médical du Président et du Directeur, HAS  
**Dr Pierre de HAAS**, Président, FFMPs

**Jean-Marc AUBERT**, Directeur France, IMS Health

**Jacques BLACHER**, PU-PH, AP-HP

**Maxime CATRICE**, Médecin généraliste, FEMASIF

**Jean-Luc DUMAS**, Doyen, Université Paris XIII

**Pedro FERREIRA-SILVA**, Infirmier à domicile

**Bruno GROSSIN**, Directeur, ASIP Santé

**Josselin LE BEL**, Médecin généraliste, FEMASIF

**Florence MARECHAUX**, Chef de Projet, HAS

**Véronique TOURNOLIAS**, Gérante, International Cross Talk

**Noël WUITHIER**, Médecin généraliste, MSP du Fezensac