

# Projet Mocca : résultats de l'évaluation du pilote

## 1. Les activités déployées par les infirmier·ères (IMF)

Christine Cohidon, Muriel Schuetz Leuthold, Cindy Lehmann, Fatima El Hakmaoui, Renzo Scuderi, Nicolas Senn

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille – DMF  
Secteur Recherche organisation des services de santé en médecine de famille

Septembre 2025

Cet Essentiel s'inscrit dans une série dédiée au projet pilote Mocca et à son évaluation, comprenant également les numéros 65, 67 et 68. Pour plus d'informations se référer au mémoire de thèse de doctorat de Muriel Schuetz (cf référence n° 1)

Les résultats de l'évaluation présentés ici concernent les activités déployées par les IMF sur les deux années de la phase pilote. Ils se basent sur les données d'activité renseignées quotidiennement par les IMF. Deux types d'indicateurs sont utilisés ici : la répartition du temps de travail selon les grands types d'activités et l'évolution dans le temps de deux grandes catégories d'activités : la prise en charge des patient·es avec plan de soin (rôle de *case manager*) et les activités ponctuelles. Ce dernier indicateur permet de décrire l'appropriation du rôle par les IMF.

### Messages clés

Un des enseignements principaux est la variabilité observée entre les cabinets quant aux activités déployées. Ce résultat conforte le choix initial de laisser une certaine latitude aux professionnel·les des cabinets dans un objectif de durabilité de transformation du modèle initial plutôt que d'appliquer un cadre strict identique à toutes.

Un second enseignement porte sur la durée nécessaire (environ un an) pour une appropriation complète du rôle infirmier en médecine de famille et une stabilité des activités conduites par les IMF.

### Activités déployées par les IMF

#### Activité globale

Au cours des deux premières années de fonctionnement, 5,86 équivalents temps plein (ETP) IMF et 29 445 activités distinctes ont été répertoriées, pour une moyenne de 697 patient·es par IMF (303 à 1189 patient·es). En moyenne, 26 % de ces activités (13 à 43 % selon le cabinet) ont été

réalisées dans le cadre du rôle de *case manager* pour des patient·es atteint·es de maladies chroniques, conformément à un plan de soins individuel, incluant la coordination des soins, la gestion des cas et la prévention secondaire et tertiaire (Tableau 1). En moyenne, les IMF ont aussi effectué 35 % de leurs activités (7 à 59 %) pour des patient·es sans plan de soins, comme les traitements de petites urgences, la prévention primaire et les soins cliniques *ad hoc*. Les activités de prévention (tout type confondu, y compris donc dans le rôle de *case manager*) représentaient en moyenne 44% des activités (26 à 69% selon les cabinets).

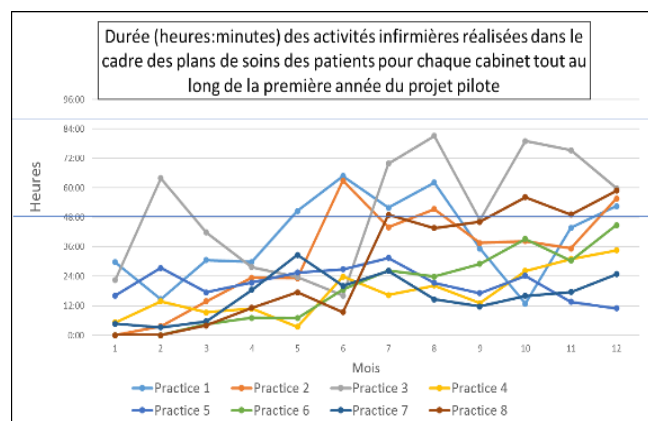
Activités par catégories	Moyenne	% de temps consacré à la catégorie / activités							
		Cab 1	Cab 2	Cab 3	Cab 4	Cab 5	Cab 6	Cab 7	Cab 8
<b>Activités de coordination avec plan de soins</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>13</b>
Coordination avec le réseau	3	2	6	4	2	2	2	2	5
Elaboration du plan de soins	1	2	1	1	0	1	2	0	5
Mise à jour du plan de soins	2	2	5	2	2	1	1	0	2
Réunions d'équipe	2	4	5	2	1	0	1	1	1
Autre	0	1	1	0	0	0	0	1	0
<b>Activités liées à une prestation avec plan de soins</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>30</b>
Contact avec le patient	2	2	2	3	2	2	2	2	3
Première visite	2	4	0	1	1	1	2	2	9
Réseau en présence du patient	0	0	1	1	0	0	1	0	1
Visite de suivi	12	16	12	18	5	9	16	8	17
Autre	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Activités sans plan de soins</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>59</b>	<b>47</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>7</b>
Contact avec le patient	2	0	1	2	3	1	1	3	1
Consultation clinique-aigu	8	10	5	5	7	18	6	11	1
Consultation clinique-suivi	8	1	6	12	14	7	10	7	0
Consultation à but préventif	3	5	4	2	10	2	1	1	2
Coordination avec le réseau	4	1	8	4	6	2	3	4	2
Cours collectif	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Réunions d'équipe	1	1	2	2	4	0	1	1	0
Urgence	4	2	0	2	9	9	2	4	1
Visite à domicile	2	0	1	1	3	4	3	4	0
Autre	3	1	2	3	3	2	1	6	1
<b>Activités ne concernant pas de patient·e</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>37</b>
Organisation générale du réseau	1	2	4	1	0	1	1	0	0
Qualité / Procédures	8	15	6	9	3	6	12	8	4
Facturation	4	3	5	10	6	1	1	5	1
Fonctionnement MOCCA	4	3	10	2	1	3	5	1	17
Evaluation	2	2	1	2	1	1	4	1	7
Formation	4	3	3	3	5	2	12	0	6
Autre	1	0	1	1	0	0	3	2	3
<b>Urgence épidémiologique</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>12</b>
Temps non documenté	24	7	19	0	30	45	28	20	44

Tableau 1 Répartition des activités des IMF par catégorie

#### Appropriation du rôle de *case manager*

Comme le montre la Figure 1, on observe une augmentation du temps consacré au rôle de *case manager* pendant la première année, dans tous les cabinets sauf un (cabinet 5). Après six mois, le temps mensuel médian consacré à ce type d'activité était de 22h (de 9 h 25 à 64 h 50 selon l'IMF) ; à 12 mois, le temps médian était de 49h (11 h 01 à 59 h 51). A noter également une diminution de ce

type d'activité au cours de la première vague de COVID-19 (« creux » non simultané du fait d'un démarrage échelonné dans le temps des cabinets).

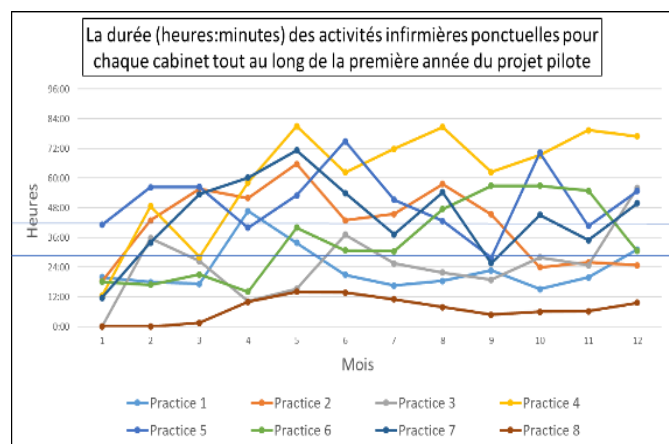


Médiane : 21h58 à 6 mois et 48h43 à 12 mois

**Figure 1 Evolution du temps consacré aux patient-es avec plan de soins**

## Autres activités

Comme le montre la figure 2, la durée mensuelle des activités ponctuelles réalisées pour les patient-es sans plan de soins a augmenté rapidement, mais s'est stabilisée après six mois. Le temps médian consacré à ces activités était de 40h01 (13 h 44 à 74 h 53) à six mois et de 40h30 (9 h 38 à 76 h 51) à 12 mois.



Médiane : 40h01 à 6 mois et 40h30 à 12 mois

**Figure 2 Evolution du temps consacré aux activités ponctuelles**

## Interprofessionnalité

Comme le montre le Tableau 2, le nombre de réunions d'équipe a varié considérablement entre cabinets, avec une moyenne de 168 réunions par cabinet sur les deux années. La plupart des réunions ont eu lieu entre les médecins de famille et les infirmier-ères. Les réunions d'équipe impliquant les trois types de professionnel-les (infirmières, médecins généralistes, assistants médicaux-AM) représentaient en moyenne 3 % de l'ensemble des réunions d'équipe du cabinet (0 %-23 %). Les AM ont participé en moyenne à 12 % des réunions d'équipe (en dehors d'un cabinet où les AM n'ont jamais participé).

Meetings	Mean	Numbers and percentage of team meetings over the two-year pilot project							
		P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	P <sub>5</sub>	P <sub>6</sub>	P <sub>7</sub>	P <sub>8</sub>
N total meetings	168	362	504	240	80	8	35	65	48
% of meetings involving medical assistants	12	14	23	6	5	0	26	8	10
% of meetings involving nurses, GPs and medical	3	11	2	2	1	0	3	3	2

**Tableau 2 Description des réunions interprofessionnelles**

## Éléments de discussion

La variabilité observée entre les cabinets résulte d'une conjonction de facteurs. En premier lieu, le cadre général du projet, décrit sous la forme du cahier des charges des IMF et l'accompagnement par la facilitatrice, était volontairement souple afin que les professionnel-les du cabinet l'adaptent à leur contexte. Le passé professionnel de l'IMF, le type de patientèle, le fonctionnement global du cabinet (composition et organisation) et le souhait des médecins sur l'orientation des activités ont été les principaux facteurs de l'équation. (cf Essentiel 68)

Initialement, le projet prévoyait de centrer le rôle de l'IMF sur celui de *case manager*. Or la réalité de terrain a montré que les besoins et attentes au sein des cabinets étaient parfois autres. Ainsi, les activités ponctuelles ont représenté plus d'un tiers du temps de travail. Cette répartition est cependant à nuancer car comme montré, l'appropriation du rôle de *case manager* nécessite du temps. Par ailleurs, la situation extraordinaire liée à la pandémie de CoViD-19 est aussi venue modifier l'activité des IMF qui se sont toutes investies dans la gestion de la pandémie. Il s'agit là aussi d'un atout du modèle. Ceci a largement été souligné par les professionnel-les du cabinet en termes de rôle majeur de l'IMF lors de la pandémie (permis aussi par le cadre souple du modèle) (cf Essentiel 68). On notera enfin qu'environ 1/4 du temps n'est pas enregistré sous la forme d'activité. Il est en effet difficile d'estimer précisément les durées d'activité (souvent renseignées en fin de journée, voire de semaine). Ce temps « restant » est à répartir dans les différentes catégories mais sans possibilité de le documenter.

Pour ce qui concerne le fonctionnement en interprofessionnalité, les données montrent que la pratique pourrait encore être améliorée. En fait, l'interprofessionnalité a mieux fonctionné à deux corps de métiers qu'à trois. Ce résultat n'est pas surprenant car la transformation d'une pratique mono professionnelle vers un réel fonctionnement en équipe nécessite du temps et surtout des incitations régulières.

Enfin le modèle financier du projet pilote (IMF salariée dans un contexte de financement à l'acte des autres professionnel-les) doit être mentionnée dans l'analyse des activités, impactant non seulement la nature des activités réalisées mais aussi le fonctionnement en interprofessionnalité.

## Références

1. Schutz Leuthold M, Schwarz J, Marti J, Perraudin C, Hudon C, Peytreman-Bridevaux I, et al. Protocol for an implementation and realist evaluation of a new organisational model for primary care practices in the canton of Vaud, Switzerland. *BMJ Open*. 2020;10(12):e040154.
2. Schutz Leuthold M. Evaluation of a new interprofessional organisation including nurses in general practices in the canton of Vaud, Switzerland [Thèse de doctorat]. Lausanne: Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine; 2024.

## Citation suggérée

Cohidon C, Schuetz Leuthold M, Lehmann C, El Hakmaoui F, Scuderi R, Senn N. Projet Mocca : résultats de l'évaluation du pilote 1. Les activités déployées par les infirmier·ères (IMF). Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025 (Raisons de Santé : Les Essentiels 66) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/66>