

Projet Mocca : résultats de l'évaluation du pilote

2. Les patient-es suivi-es par les infirmiers.ières

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, 66 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 patient-es pris-es en charge par les IMF et leur expérience de ce nouveau modèle de soins sur les deux années de la phase pilote. On distingue deux types de patient-es : celles et ceux pour lesquelles l'IMF est intervenue de manière ponctuelle et celles et ceux suivi-es par les IMF avec un plan de soins (correspondant à une activité de case management). Les données d'expérience des patient-es, issues de questionnaires renseignés au démarrage de la prise en charge et à l'issue de celle-ci ne concernent que ces derniers.

Messages clés

Les volumes de patient-es pris-es en charge par les IMF sont généralement proches de ceux des médecins.

Dans leur rôle de case manager, les IMF prennent en charge des patient-es âgé-es de 65 ans en moyenne et présentant environ trois maladies chroniques

L'expérience des patient-es s'est globalement améliorée à travers certains indicateurs, tels que l'accessibilité, les besoins non comblés et le bénéfice d'activités de prévention. Les patient-es sont par ailleurs très satisfait-es de la prise en charge infirmière, reconnaissant plus de proximité et de soutien pour la gestion de leur maladie.

Volume de patient-es pris-es en charge par les IMF

Durant les deux années de projet pilote, les IMF (5,86 équivalents temps plein) ont pris en charge 4227 patient-es avec une moyenne de 697 patient-es par IMF (303 à 1189 patients). Rapporté aux volumes de patient-es pris-es en

charge au cabinet, cela représente une part variable de la patientèle. Le tableau 1 montre qu'un-e IMF temps plein peut déployer son activité auprès de 47 à 100% du volume de patient-es pris-es en charge par un-e médecin au même taux. Les patient-es pris-es en charge avec un plan de soins représentent, quant à eux-elles, entre 10 à 27% de la patientèle médicale selon les cabinets (moyenne à 9%). Ce ratio est beaucoup plus élevé pour les activités ponctuelles puisqu'il est en moyenne de 36%.

	Moyenne	Cab 1	Cab 2	Cab 3	Cab 4	Cab 5	Cab 6	Cab 7	Cab 8	
Ensemble des prises en charge	Nb patients	518	506	227	573	612	803	350	955	205
	Nb patients / EPT	697	602	303	716	765	1004	583	1189	410
	Ratio IMF/Med %	67	47	ND	66	51	68	79	100	54
Suivi avec pds	Nb patients	55	92	48	50	29	20	49	49	101
	Nb patients / EPT	82	123	64	63	36	25	82	61	202
	Ratio IMF/Med %	9	20	ND	6	2	2	11	5	27
Prise en charge ponctuelle	Nb patients	415	354	115	352	371	395	278	653	100
	Nb patients / EPT	544	421	188	703	715	744	463	816	200
	Ratio IMF/Med %	36	33	ND	0	48	50	63	69	26
IMF - Covid	Nb patients	145	150	7	0	153	281	80	458	32
	Nb patients / EPT	188	179	9	0	191	351	133	575	64
	Ratio IMF/Med %	16	14	ND	0	13	24	18	49	8

(NB : certains patients peuvent être comptabilisés dans plusieurs catégories)
Les indicateurs de ratio (exprimés %) comparent quantitativement les prises en charge des IMF par rapport à celles des médecins.

Tableau 1 Volume de patient-es suivi-es par les IMF sur les deux années

Patient-es porteur-ses de maladies chroniques suivi-es par les IMF dans un rôle de case manager

Qui sont-il-elles ?

Comme le montre le tableau 2, l'âge moyen des 245 patient-es suivi-es à l'aide d'un plan de soins individuel était de 65 ans (19-94 ans), avec un peu plus de femmes (56%). Le nombre moyen de pathologies chez ces patient-es était de 3 (0 à 14), et leur nombre moyen de médicaments de 7 (0 à 24). Ces caractéristiques varient d'un cabinet à l'autre et peuvent être hétérogènes dans le temps y compris au sein d'un même cabinet.

Caractéristiques	Moyenne	Cab 1	Cab 2	Cab 3	Cab 4	Cab 5	Cab 6	Cab 7	Cab 8
Nombre de patient.es	31	45	36	29	28	29	26	9	73
Femmes (%)	56	42	58	52	67	53	88	44	58
Hommes (%)	44	58	42	48	33	47	13	56	43
Age	65 (19-94)	60 (19-89)	69 (32-89)	71 (43-91)	56 (21-82)	75 (44-91)	55 (36-86)	68 (20-86)	64 (31-94)
Age moyen femme	66 (19-94)	60 (19-87)	70 (46-89)	70 (47-91)	576 (21-82)	76 (44-91)	55 (36-86)	72 (51-86)	67 (39-94)
Age moyen homme	64 (30-90)	60 (33-89)	65 (32-84)	73 (43-90)	54 (30-81)	73 (49-89)	65 (32-84)	74 (64-83)	61 (31-69)
Nombre de pathologies	3 (0-14)	1 (0-5)	6 (1-14)	4 (1-9)	2 (1-6)	3 (1-6)	2 (1-5)	4 (1-9)	2 (0-9)
Nombre de médicaments	5 (0-24)	5 (0-14)	8 (2-22)	12 (2-24)	5 (1-13)	9 (0-18)	6 (1-16)	9 (2-13)	6 (1-18)

Tableau 2 Caractéristiques des patient.es suivis par les IMF durant la phase pilote

Quelle est leur expérience avec ce nouveau modèle ?

Afin d'étudier l'impact du nouveau modèle de prise en charge par l'IMF, nous avons élaboré un questionnaire à partir d'outils existants explorant différentes dimensions classiquement ciblées lors de la transformation des modèles de soins primaires. Sur les 48 questions, 13 d'entre elles ont été significativement améliorées avec l'introduction de l'IMF. Les besoins non comblés, l'accessibilité, la coordination, l'amplitude des activités proposées et la prise en charge globale des patient.es sont les domaines pour lesquels une amélioration est observée.

Dimensions	Ratio d'items avec différence significative par dimension	Question avec une différence significative (avant-après) (N=109)
Utilisation des services de soins	0/5	
Besoins non comblés	1/1	Besoin de voir un médecin pour un problème de santé
Accessibilité	3/11	Rappel du médecin généraliste ou l'infirmière.ère Consulter l'infirmière.ère
	5/13	Facilité d'appel d'un médecin généraliste ou d'un.e infirmière.ère
Soins intégrés		Informations sur les prochaines étapes des soins
		Evaluations adéquates des soins et du soutien nécessaire
		Informations données sur les autres services disponibles, y compris les organisations de soutien
		Informations fournies de manière compréhensible
Offre de soins	1/2	Contact possible avec un professionnel de santé en cas de question supplémentaire
Prévention		
Exhaustivité des soins	1/11	Prévention
Impact des soins	2/5	Connaissance globale du patient
		Prévention des problèmes de santé
		Soutien dans les changements d'habitude de vie

Tableau 3 Expérience de soins des patient.es selon 7 dimensions (comparaison avant-après l'introduction du nouveau modèle)

Des entretiens ont également été menés avec des patient.es. Ceux-ci apprécient grandement le changement de modèle et jugent la présence de l'IMF complémentaire à celle du médecin, « Avec l'infirmière, c'est un accompagnement. Tandis que, le médecin c'est une thérapie », qui n'altère pas la relation de confiance médecin-patient.e « Ben je prendrais les 2 quoi [...] moi j'ai confiance aux deux ». La possibilité d'une prise en charge avec un partage d'information à trois est valorisée. « Il y a une communication directe avec cette personne infirmière, parce qu'ils sont dans le même cabinet. [...] elle peut consulter mon dossier tout de suite [...]. Ça me rassure ». Outre la prise en charge appréciée, les patient.es soulignent une amélioration de leur état de santé. « Parce que j'en étais à envisager de déménager pour ne plus avoir d'escaliers chez moi, et puis maintenant j'arrive à voir tous ces escaliers comme un plus !

Éléments de discussion

Lorsque l'on rapporte les activités des IMF à celles des médecins du cabinet, on constate que les volumes de patient.es pris.es en charge par les IMF sont généralement proches de ceux des médecins. Pour ce qui concerne les patient.es suivis par l'IMF avec un plan de soins, ce volume devrait encore augmenter (et se stabiliser) du fait du délai d'appropriation du rôle par l'IMF (Cf Essentiel 66). Les variations entre cabinets sont dues au choix d'organisation des cabinets par rapport à la pratique infirmière. Dans certains cabinets les patient.es sont vu.es systématiquement dans le cadre d'une co-consultation médecin-IMF. D'autres ont adopté des stratégies différentes avec plus d'autonomie dans l'organisation. Ainsi dans certains cabinets, des patient.es peuvent être vu.es directement par l'IMF dans la mesure où il n'y a pas, a priori, de prescription nécessaire. Enfin, une variabilité, quant au type de patient.es pris.es en charge, existe également. Certaines IMF ont orienté leur prise en charge vers de la prévention primaire pour des patient.es peu complexes, alors que d'autres ont préférentiellement pris en charge des patient.es très complexes sur le plan clinique et/ou psychique.

Les données de questionnaire ont montré que l'expérience des patient.es s'est globalement améliorée à travers certains indicateurs. Méthodologiquement, il était difficile de montrer des changements significatifs en raison du faible nombre de questionnaires exploités. Les changements observés constituent donc des résultats solides. Par ailleurs, pour certains domaines il est difficile d'objectiver une amélioration et surtout de l'attribuer à un changement de modèle. C'est le cas de l'utilisation des services de santé, domaine largement multifactoriel. Le résultat concernant les besoins non comblés est majeur car il s'agit d'un indicateur très utilisé pour décrire la performance d'un système de soins. Il rejoint aussi les indicateurs d'accessibilité au système de santé dont l'amélioration répond directement à un des objectifs de la transformation des modèles de soins primaires.

Les données qualitatives permettent de mieux comprendre la satisfaction des patient.es par rapport au nouveau modèle. Ils expriment non seulement une prise en charge plus globale et complète du fait du trinôme AM, IMF, médecin mais ils soulignent aussi le rôle de « coach en santé » de l'IMF grâce au travail fait avec elle dans le cadre du suivi de leur maladie chronique. Le lien de proximité créé avec l'IMF est une importante source de satisfaction. Tous ces éléments concourent à une amélioration de la qualité des soins.

Enfin, il est intéressant de noter l'âge moyen des patient.es pris.es en charge par les IMF, 65 ans. Il s'agit donc de patient.es relativement jeunes et surtout plus jeunes que ceux pris en charge classiquement par les soins à domicile. Il n'y a donc pas ici de redondance mais bien une complémentarité des services respectifs. La prise en charge mieux coordonnée de patient.es ayant une certaine complexité doit permettre d'éviter le basculement vers la grande complexité à laquelle les soins à domicile répondent mieux.

Références

1. Schutz Leuthold M, Schwarz J, Marti J, Perraudin C, Hudon C, Peytremann-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 2. Les patient-es suivi-es par les infirmiers.ières. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025 (Raisons de Santé: Les Essentiels 67) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/67>