

Continuité et permanence

Cent fois sur le clavier recharger vos concepts...

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen et membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales

.....

Les récents débats autour de la garde en médecine générale ont renouvelé notre intérêt pour deux concepts clés des soins primaires : permanence (des soins) et continuité (des soins). Des concepts qui posent problème tant dans leur compréhension que dans les modes d'organisation qu'ils impliquent. Le point avec Pierre Drielsma.

.....

Mots clefs : continuité, organisation des soins, offre de soins, permanence.

Depuis toujours ces concepts posent problème pour une première raison, c'est que dans le langage courant, ils sont en partie synonymes et parce que de surcroît, nos patients mélangent agréablement les deux concepts puisqu'ils souhaitent dans un idéal mythique assez souvent que LEUR médecin les soigne et ce à toute heure du jour et de la nuit...

Et nous voilà déjà partis sur une pente savonneuse qui est la perception réciproque de ces concepts des deux côtés de la barrière... (ainsi que les perceptions des perceptions d'ailleurs).

.....

Des concepts qui se chevauchent

Il existe une tendance très lourde au cœur de notre profession à abandonner la pratique de la garde. Nous pouvons l'observer en consultant les forums et autres dialogues informatiques entre médecins généralistes. Certains médecins que nous avons connus défenseurs acharnés de la participation aux gardes reculent actuellement en bon ordre sur des positions préparées à l'avance¹.

Cette crise est sans précédent. Car jamais la profession n'était arrivée à un tel niveau de désespérance concernant une activité dont elle a accepté la responsabilité lors de la reconnaissance légale des cercles. Il existe un ensemble de déterminants qui expliquent cette situation.

La première et la plus grave, c'est la démographie médicale en médecine générale qui prend des allures

inquiétantes en particulier en Wallonie et en particulier dans les zones rurales ou semi-rurales. La deuxième, c'est le changement culturel qui accompagne la féminisation. C'est-à-dire que les nouvelles générations (quel que soit leur sexe d'ailleurs) souhaitent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ce changement culturel est d'ailleurs bien plus profond, il s'agit d'un nouveau rapport au travail. On assiste à des fuites dans la coque du navire que l'on essaye de colmater avec des solutions qui paraissaient crédibles en 2004^A et qui s'avèrent rapidement dépassées 10 ans plus tard.

Une des nouvelles approches pour gérer le problème consiste à distinguer continuité et permanence des soins. La continuité serait bien la tâche de la médecine générale, tandis que la permanence pourrait être confiée à quelque mercenaire voire à l'hôpital. La continuité consisterait dans la gestion des patients complexes : soins palliatifs, multi-morbidité,... tandis que la permanence concernerait les pathologies aiguës bénignes survenant dans les heures de fermeture des cabinets. Plus loin encore, certains sont prêts à abandonner toute gestion de pathologies aiguës non programmées. Au point qu'à Bruxelles d'aucun envisage d'utiliser les postes de gardes à cet effet en journée ouvrable.

.....

Continuité : une relation patient-médecin

Un article de 2003^B a réalisé une revue extensive de la question et plusieurs centaines d'articles ont été analysés. Nous allons essayer de

• Continuité et permanence...

résumer la teneur de cette synthèse. Dans la littérature, la continuité en soins primaires est principalement considérée comme la relation entre un médecin et un patient qui s'étend au-delà de certains épisodes de maladie ou de mal-être. La continuité implique un sentiment d'affiliation réciproque entre les patients et leurs médecins (mon médecin ou mon patient), souvent exprimée en termes d'un contrat implicite de loyauté². On parle aussi de soins longitudinaux...

En santé mentale, on insiste sur la coordination des services et la stabilité des relations patients-soignants. La continuité des soins apparaît comme un élément de la bonne coordination.

L'article retient trois types de continuité :

- La continuité informationnelle (*informational continuity*) : l'utilisation des données sur les événements passés et les conditions personnelles pour délivrer des soins appropriés à chaque individu.
- La continuité de gestion (*management continuity*) : une approche cohérente et solide de la gestion de la santé qui s'adapte aux changements de besoins du patient.
- La continuité relationnelle (*relational continuity*) : une relation thérapeutique durable entre un patient et un ou plusieurs prestataires de soins.

Pour résumer ces trois types de continuité, on peut dire que la continuité des soins se construit dans le temps en accumulant un savoir objectif et subjectif autour d'une personne (patient). Et que ce savoir doit être organisé (dossier

médical, contacts téléphoniques, feuille de soins...) de telle sorte que les meilleurs soins soient délivrés au long cours. On voit clairement que les soins chroniques sont les plus grands bénéficiaires de la continuité. Cependant les soins aigus bénéficient également de l'organisation de la continuité en particulier.

Le *Journal of Family Practice*^c définit la continuité comme : une attitude fondée sur un savoir antérieur de et pour chaque participant lors d'un contact médical (*medical encounter*). Il retient cinq dimensions, les trois que nous avons déjà citées auxquelles il faut ajouter, la continuité chronologique et géographique. Ce qui d'ailleurs pose de solides problèmes lorsque la mobilité géographique des patients se développe. On peut assimiler la continuité chronologique à la permanence, terme que nous analyserons plus bas.

Voici une des façons de mesurer la continuité personnelle dans un système où le patient a accès à un nombre M de prestataires de première ligne. Ainsi le COC^{D,E} (*continuity of care index*) :

Exemple : un patient est vu 10x : 7x par le titulaire et 3x par un assistant le COC =

$$7^2 + 3^2 - 10 \Rightarrow 49 + 9 \Rightarrow 58.$$

$$58 - 10 = 48. 48 / 10 \times 9 \Rightarrow 48 / 90 \Rightarrow 0.53$$

S'il est vu 10 x par le titulaire :

$$\text{numérateur : } 10^2 - 10 = 90$$

$$\text{Dénominateur : } 10 \times (10 - 1) = 10 \times 9 = 90 \Rightarrow 90 / 90 = 1$$

S'il est vu par dix intervenants $1^2 + 1^2 + 1^2 + \dots = 10$

$$10 - 10 = 0 \Rightarrow 0 / 90 = 0$$

CQFD...

Dès lors que nous avons admis les trois (ou 4 ou 5) types de continuité, nous pouvons les mesurer « indépendamment » et les corrélérer, par exemple, à la qualité objective des soins, à la satisfaction des patients et aux dépenses de santé. La plupart des synthèses (*review*) et articles que j'ai pu lire vont dans le sens d'une corrélation positive entre les continuités et les qualités dans tous les compartiments explorés^{F,N}. Les continuités sont donc bien caractéristiques des soins de première ligne, il serait donc malvenu de les abandonner.

$$\text{COC} = \frac{\sum_{j=1}^M n_j^2 - N}{N(N-1)}$$

N=total number of ambulatory care visits

n_j =number of visits to provider j

M=total number of providers

••••

Permanence : une organisation des services

Alors que la continuité des soins est un concept riche qui touche clairement à la noblesse de la médecine générale, la permanence apparaît surtout comme une activité résiduaire et conflictuelle. Les mêmes causes ayant (presque) les mêmes effets on ne s'étonnera pas de voir nos voisins du sud affligés d'une même désaffection chercher des solutions structurelles pour conserver ce service au public.

Le système fonctionne un peu comme le système du numéro unique de garde médicale '1733' ou du centre hospitalier universitaire de Liège hormis qu'il existe un médecin régulateur en plus du préposé. Ce médecin régulateur prend la responsabilité de la prise en charge. Pour preuve qu'il existe une zone de conflit, des mesures sont prévues en cas de désaccords entre le régulateur et le patient ou le proche qui le représente. Par exemple, l'avis d'un second médecin régulateur. Les soins palliatifs sont renvoyés aux équipes qui les prennent en charge. La permanence s'appelle aussi gestion des demandes de soins non programmés.

Ceci est encore confirmé par cette fiche de médecine générale française³ : « La notion de continuité des soins est différente de celle de permanence des soins qui est définie par le rapport de 2003 comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en

Définition et principes organisationnels de la permanence des soins⁵

• Définition de la permanence des soins [article r6315-1 du code de santé publique] : la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

1° le samedi à partir de midi ;

2° le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;

3° le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

• Principes organisationnels de la permanence des soins [articles r 6315-1, r6315-2, r6315-3, r6315-4, r6315-5, r-6315-6 du code de santé publique] : la permanence des soins en médecine ambulatoire est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. »

••••

Renforcer la médecine générale pour assurer continuité et permanence

Et comme toujours en médecine générale, la crise est partout. En 2004, le ministre anglais de la Santé a libéré les médecins généralistes de l'obligation de permanence des soins, mais il en a résulté une dégradation de la continuité des soins. Il y a deux mois le *Royal College of General Practitioners* écrivait⁴ : « Nous suggérons d'améliorer les soins de permanence par un remodelage des services pour offrir de meilleurs soins et une meilleure coordination

des soins pour les patients. Une des façons d'y parvenir est d'impliquer un éventail de professions - médecins, infirmiers, pharmacien et services sociaux. Travailler ensemble à travers les fédérations de pratiques conduirait également à améliorer en dehors des heures de réactivité et nous permettre de développer des modèles différents qui sont capables de répondre aux besoins des différentes populations de patients, comme les personnes âgées fragiles. Mais aucune solution n'est possible sans investissement majeur et le soutien à la pratique générale. Les médecins généralistes ne reçoivent que 9% du budget total du National Health Service, malgré la réalisation de 90% de tous les contacts avec les patients. Mais aucune solution n'est possible sans investissement majeur et le soutien à la pratique générale. Revenir au temps des insoutenables

• Continuité et permanence...



longues heures de travail, au détriment de la santé des médecins généralistes n'est pas une option. Ce n'est ni abordable, ni logiquement réalisable et il n'existe aucune preuve que cela améliorera les soins aux patients. Les besoins des patients ont changé et les défis auxquels nous sommes confrontés sont différents. Les patients ne veulent pas de généralistes fatigués qui font le quart la nuit et puis ne sont pas disponibles pour des consultations le lendemain. Nous devons trouver un moyen de résoudre les problèmes de continuité des soins, à l'intérieur et en dehors des heures, mais nous ne pouvons pas faire cela sans investissement majeur et plus de généralistes⁶. »

Pour conclure, si nous le pouvons. La question du travail en dehors des heures ouvrables (permanence et continuité !) pose un grand problème à notre profession. Plusieurs procédures de fractionnement du problème sont en cours soit en clivant les heures : soir et nuit profonde, soit les lieux : poste de garde et domicile du patient, voire hôpital, soit les problématiques soins aigus et chroniques, mais le problème subsiste et/ou les usagers se rebiffent. J'aurais tendance à rejoindre les avis éclairés du Royal College : investir et fabriquer des médecins généralistes pour partager le fardeau. Vos avis nous intéressent.

1. Pour ceux qui ne connaissent pas le langage militaire, cela veut dire une débandade...

2. Quand je dis que la relation médecin patient c'est de l'amour...

3. http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/807/fichier_fiche5_continuite_des_soins766c1.pdf

4. <http://www.rcgp.org.uk/news/2013/june/rcgp-statement-on-gps-and-out-of-hours-care.aspx>

5. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_28.pdf

6. Donc la question de la démographie médicale se pose également en Angleterre. Ça fera peut-être réfléchir les optimistes ?

Références

- A. Rutsaert R, Boisdenghien A, Bourgeois A, Burnon D, El Haddad Ph., Herry L *et al.* Rapport du groupe de travail «urgences». 29-6-2004. INAMI.
- B. Haggerty J L, Starfield B, & al., Reid R J : “Continuity of care : a multidisciplinary review.” *BMJ* 2003, 327.
- C. Wall E M, “Continuity of care and family medicine”. *Journal of Family Practice* 1981, 13 : 655-664.
- D. Saultz J.W., *A Textbook of Family Medicine Companion Handbook*. Publisher : McGraw-Hill Professional ; 2000.
- E. Jee SH, Cabana MD, “Indices for continuity of care : a systematic review of the literature”. *Med Care Res Rev* 2006, 63 : 158-188.
- F. Cabana MD, Jee SH, “Does continuity of care improve patient outcomes ?” *J Fam Pract* 2004, 53 : 974-980.
- G. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J, “Provider continuity in family medicine : does it make a difference for total health care costs ?” *Ann Fam Med* 2003, 1 : 144-148.
- H. De Prins L, Gosset C, Heyerick P, Reginster-Haneuse G, De Maeseneer J., Mambourg F. *et al.*. *Le dossier médical et le choix du médecin traitant attitré : une expérience commanditée par le ministre des affaires sociales*. Rapport de synthèse destiné au comité de l’assurance du service des soins de santé de l’INAMI. 1993.
- I. Dearinger AT, Wilson JF, Griffith CH, Scutchfield FD : “The effect of physician continuity on diabetic outcomes in a resident continuity clinic.” *J Gen Intern Med* 2008, 23 : 937-941.
- J. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL, “Continuity of care matters.” *BMJ* 2008, 337 : a867.
- K. Hjortdahl P, Laerum E, “Continuity of care in general practice : effect on patient satisfaction”. *BMJ* 1992, 304 : 1287-1290.
- L. Saultz JW, Lochner J, “Interpersonal continuity of care and care outcomes : a critical review”. *Ann Fam Med* 2005, 3 : 159-166.
- M. DeVoe JE, Saultz JW, Krois L, Tillotson CJ, “A medical home versus temporary housing : the importance of a stable usual source of care”, *Pediatrics* 2009, 124 : 1363-1371.
- N. Hong J S, Kang H C, Kim J, “Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea”. *Journal of Korean Medical Science* 2010, 25 : 1259-1271.